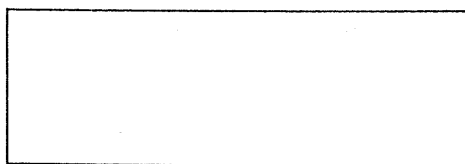


**VOLUME ET NATURE DES ACTIVITES
DU CENTRE DE GERIATRIE**

RESULTATS D'UNE ETUDE REALISEE EN 1988

F. DUBOIS-ARBER, C. JEANGROS, F. PACCAUD



SB - 02897

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Lausanne, mars 1989

[Cahiers de recherches et de documentation]
[39.17]

34995:

W
1
CA 14
39.17

Table des matières

RESUME DES PRINCIPALES OBSERVATIONS	4
1. INTRODUCTION	7
2. METHODE ET MATERIEL	9
2.1 CEGER	9
2.2 Consultation de psycho-gériatrie (COPSY)	11
3. DESCRIPTION DU CENTRE DE GERIATRIE ET DES AUTRES INSTITUTIONS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES	13
3.1 Historique du Centre de gériatrie	13
3.1.1 Le développement des Institutions de gériatrie à Genève	13
3.1.2 L'Hôpital de gériatrie	13
3.1.3 Le Centre de gériatrie	14
3.1.4 Le Centre de soins continus	14
3.2 Les domaines d'intervention du Centre de gériatrie	14
3.2.1 Le CEGER	15
3.2.2 La Consultation de Psycho-gériatrie (COPSY) de l'Hôpital cantonal	17
3.2.3 Les logements avec encadrement médico-social (D2)	18
3.2.4 Les autres prestations du Centre de gériatrie	18
3.3 Les principaux partenaires du CEGER dans la prise en charge ambulatoire des patients âgés	19
4. ANALYSE DES INFORMATIONS DISPONIBLES SUR LA POPULATION AGEES ET SA PRISE EN CHARGE DANS LE CANTON DE GENEVE	21
4.1 La population âgée	21
4.2 Le Centre de gériatrie 1976-1987	25
4.2.1 Données générales issues des rapports d'activité	25
4.2.2 Immeubles avec encadrement médico-social (D2)	29
4.2.3 Données fournies par les études spécifiques sur le CEGER	30
4.3 Les autres structures de prise en charge des personnes âgées	31
4.3.1 Les praticiens privés	31
4.3.2 Les services sociaux de prise en charge	32
5. LES ACTIVITES DU CEGER	35
5.1 Volume de consultations en quinze jours	35
5.2 Caractéristiques des patients	36
5.2.1 Types de clientèles	36
5.2.2 Origine et motifs de demandes de prise en charge	41
5.2.3 Diagnostics posés lors des consultations médicales	44
5.3 Prestations fournies lors de la consultation	47
5.4 Une prise en charge globale ?	48
6. LES MEDECINS GENERALISTES ET INTERNISTES INSTALLES DANS LE CANTON DE GENEVE	52
6.1 Volume total des consultations	52
6.2 Description de leur pratique gériatrique par les médecins installés	53
7. LE CEGER ET LES MEDECINS INSTALLES	55
7.1 Comparaison des profils de clientèles	55
7.1.1 Caractéristiques des consultations	55

7.1.2	Caractéristiques démographiques des clientèles	57
7.1.3	Variables sociales	60
7.1.4	Quelques indicateurs de l'état de santé	61
7.1.5	Prise en charge par des services d'aide à domicile	63
7.2	Diagnostics posés lors de la consultation	64
7.3	Prestations fournies par le CEGER et les médecins installés	71
7.3.1	Prestations médicales	71
7.3.2	Mesures prises à la suite de la consultation	72
7.3.3	Durée des consultations	72
8.	CONSULTATION DE PSYCHO-GERIATRIE (COPSY)	77
8.1	Activité du COPSY	77
8.1.1	Volume d'activité	77
8.1.2	Population consultante	78
8.1.3	Services demandeurs de consultations	79
8.1.4	Motifs de la demande de consultation	81
8.1.5	Quel service demande quel type de consultation et dans quel contexte ?	84
8.1.6	Diagnostics posés	87
8.1.7	Prestations fournies lors de la consultation	90
8.1.8	Propositions faites à l'issue de la consultation	91
8.1.9	Sortie du patient	93
8.2	Le COPSY vu par les responsables des services demandeurs	93
8.2.1	Les situations où l'on fait appel au COPSY	93
8.2.2	Ce que les services demandeurs attendent du COPSY	94
8.3	Conclusion	96
9.	CONCLUSIONS	98
9.1	CEGER	98
9.1.1	Les médecins praticiens occupent une place prépondérante dans la prise en charge médicale des patients d'âge gériatrique	98
9.1.2	La spécificité de l'intervention du CEGER est relative	99
9.2	COPSY	101
	Annexe no 1	102
	Annexe no 2	103
	Annexe no 3	113
	Annexe no 4	114
	Annexe no 5	115
	Bibliographie	116

RESUME DES PRINCIPALES OBSERVATIONS

Au début de 1988, le Professeur J.-P. Michel et Monsieur G. Masson ont décidé de confier à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne un mandat portant sur l'activité du Centre de gériatrie et son insertion dans le système genevois de soins aux personnes âgées. Après discussion, le protocole final de l'étude prévoyait d'étudier spécifiquement deux secteurs du Centre de gériatrie, à savoir la consultation ambulatoire (nommée CEGER ci-après) et la consultation psycho-gériatrique de l'Hôpital cantonal (COPSY).

Aux fins de cette étude, de nombreuses informations ont été collectées par une compilation des données existantes sur le CEGER, le COPSY et leurs principaux partenaires, ainsi que par une série d'entretiens directs avec les responsables des différentes institutions gériatriques genevoises. De plus, un relevé des consultations fournies par le CEGER a été effectué durant deux semaines; il a été comparé à un relevé effectué durant la même période dans la clientèle en âge AVS d'un échantillon de praticiens genevois (médecins généralistes et internistes). Pour le COPSY, le relevé a porté sur 3 échantillons de dossiers médicaux durant 3 périodes (1977-78, 1983, 1987).

CEGER

Dès l'origine, le CEGER a voulu devenir un service médico-social s'occupant des atteintes à la fois psychiques et somatiques. La volonté explicite du CEGER de ne pas concurrencer les institutions existantes et les praticiens installés l'a orienté vers deux domaines d'intervention particuliers, à savoir la prise en charge médico-sociale lourde et la psycho-gériatrie. Cette orientation a modelé la dotation en personnel et se retrouve dans l'activité observée : prépondérance des visites à domicile, forte proportion de consultations urgentes, âge élevé des patients, conditions socio-économiques défavorables, prépondérance globale des diagnostics psychiatriques, durée élevée des consultations, états de santé défavorables, etc. Les consultations psycho-gériatriques s'adressent surtout aux patients "jeunes", alors que les prestations à caractère médico-social concernent plus les patients très âgés.

La spécificité apparente du CEGER doit cependant être relativisée, à la lumière de deux observations au moins. La première est que les services du CEGER ne concernent qu'une part très modeste de l'activité médicale ambulatoire à Genève, estimée à 2 % de l'ensemble des consultations données à des personnes en âge AVS. Même si le CEGER prend la partie la plus lourde de la gériatrie ambulatoire (et contribue ainsi à diminuer les hospitalisations), son impact est globalement faible par rapport à l'ensemble des prestataires médicaux (praticiens installés et policlinique de médecine).

L'autre observation est que le CEGER ne recrute pas une clientèle que l'on ne retrouverait pas ailleurs. En fait, la différence entre l'activité des médecins du CEGER et celle des praticiens est surtout quantitative, portant sur les proportions d'actes et de clientèle. Les praticiens installés reconnaissent d'ailleurs peu le CEGER comme spécialiste de la gériatrie, ce pour quoi ils s'estiment qualifiés. En revanche, le CEGER est considéré comme instance de recours pour la psycho-gériatrie ambulatoire et pour la gériatrie sociale.

Une autre observation mérite d'être relevée. L'évolution récente de l'activité du CEGER montre que le volume des consultations s'est maintenu grâce à l'augmentation des reconvoctions, compensant une diminution du nombre de nouveaux cas. Cette évolution, ainsi que la diminution de l'activité dans les pensions (cf. 4.2.1), a accompagné l'augmentation massive du nombre de praticiens installés à Genève. La diminution des cas provenant des institutions de psychiatrie est moins facilement explicable, puisqu'en principe, le CEGER est resté l'institution prenant en charge les patients psychiatriques lorsqu'ils arrivent en âge AVS.

COPSY

L'analyse des dossiers médicaux du COPSY montre que son intégration à l'activité de l'Hôpital cantonal varie fortement d'un service à l'autre. Dans l'ensemble, le COPSY est un service apprécié par tous les cliniciens consultés, la plupart souhaitant une spécificité accrue des services offerts par le COPSY dans le sens psychiatrique. Ce souci des demandeurs correspond peut-être à l'évolution constatée durant les dernières années, montrant un accroissement des patients consultant pour des affections psychiatriques fonctionnelles (la principale d'entre elles étant la dépression), au détriment des troubles neuropsychiatriques classiques de l'âge avancé comme les désorientations, les troubles du comportement, les démences, etc.

Le COPSY revendique une image de psychiatrie de liaison, assurant la prise en charge du patient dans son environnement global, de façon à permettre la gestion de la situation de crise du malade. Le COPSY remplit globalement ce mandat. Cependant, dans deux domaines au moins, cette ambition est prise en défaut :

- d'une part, l'intervention du COPSY au CMCE est insatisfaisante : il semble que l'équipe du COPSY ne soit pas assez disponible et remplisse en tout cas mal son rôle assigné d'éviter des hospitalisations abusives

- d'autre part, bien qu'il existe une relation organique entre le COPS Y et le CEGER au niveau de la direction et de certaines activités internes, les relations dans la prise en charge des patients sont peu développées entre ces deux composantes du Centre de gériatrie.

1. INTRODUCTION

Le but de la présente étude est **d'étudier l'activité du Centre de gériatrie et son insertion dans le système genevois de soins aux personnes âgées**. Il s'agit en particulier de situer l'intervention du Centre de gériatrie au sein de l'ensemble des actions entreprises pour la population en âge AVS à Genève, de déterminer s'il existe une complémentarité entre les divers intervenants et si le Centre de gériatrie remplit un rôle spécifique dans la prise en charge des patients âgés. La détermination de la spécificité du Centre de gériatrie est particulièrement importante dans le domaine des soins médicaux : en effet, l'augmentation du nombre de médecins installés dans le canton de Genève et la sensibilité croissante du corps médical à l'égard des problèmes gériatriques pourraient modifier les besoins en prise en charge des personnes âgées.

L'étude examine deux composantes principales de l'institution Centre de gériatrie : le Centre de gériatrie (CEGER) dont le siège est situé à la rue du Nant et la Consultation de psycho-gériatrie (COPSY), localisée à l'Hôpital Cantonal. **Pour éviter les confusions de termes, nous utiliserons la dénomination Centre de gériatrie pour caractériser l'institution dans son ensemble et celle de CEGER pour nommer spécifiquement le centre de la rue du Nant.**

Pour caractériser le rôle du CEGER, cette étude a effectué des relevés portant sur les questions suivantes :

- quelles sont les caractéristiques des clientèles du CEGER d'une part, des médecins installés en pratique privée d'autre part, et en particulier quelles sont les différences en termes de besoins exprimés et de consommation médicale ?
- comment les partenaires du CEGER (médecins installés, services de soins à domicile) perçoivent-ils son rôle, qu'en attendent-ils, que lui demandent-ils ?

L'étude de la Consultation de psycho-gériatrie (COPSY) a porté sur l'évolution du volume et de la nature de son activité, analysée à partir de dossiers de patients.

Le rapport est organisé de la façon suivante :

Dans le chapitre 2 sont présentées les méthodes utilisées pour le recueil des données.

Le chapitre 3 comprend un rappel de l'histoire du développement du Centre de gériatrie et une description des principales institutions assurant la prise en charge des personnes âgées à Genève.

Dans le chapitre 4 sont résumées les informations disponibles relatives à la prise en charge de la population âgée dans le canton.

Les chapitres 5, 6 et 7 sont consacrés respectivement aux activités du CEGER, à l'activité gériatrique des médecins installés et à la comparaison des clientèles de ces deux institutions.

Le chapitre 8 se rapporte à l'activité du COPSYP et son évolution entre 1977 et 1987.

Le chapitre 9 contient les conclusions du rapport.

Remerciements

L'étude n'aurait pu être menée à bien sans la participation de tout le personnel du CEGER et du COPSYP, ainsi que celle des médecins praticiens sollicités.

Nous remercions aussi les responsables de toutes les institutions partenaires du CEGER dans la prise en charge des personnes âgées à Genève, qui nous ont fait part de leurs réflexions et nous ont communiqué les données utiles dans le cadre de cette recherche. Enfin nos remerciements vont à Mr A. Marazzi, Mme E. Haller et Mr L. Randimbison de la division de statistique et d'informatique médicale de l'IUMSP pour leur aide lors de l'analyse des résultats. Mme M. Moyard-Cordoba a assuré la dactylographie du rapport.

2. METHODE ET MATERIEL

2.1 CEGER

Pour caractériser le rôle du CEGER dans la prise en charge médicale du patient âgé et déterminer la spécificité de son action par rapport à d'autres intervenants, trois approches ont été utilisées :

- a) Une compilation des données existantes sur le CEGER et ses partenaires institutionnels (services sociaux, services de soins à domicile et d'aides diverses à domicile), qui a permis de replacer le CEGER dans un contexte plus général de prestations fournies pour les personnes âgées dans le canton.
- b) Des interviews auprès de responsables d'institutions partenaires du CEGER, comme les Institutions universitaires de gériatrie, les Institutions universitaires de psychiatrie, l'Hôpital cantonal, le Service social de la ville, les services d'aide à domicile (SASCOM, AMAF, SAF), les responsables de la santé publique au niveau cantonal. Cette consultation avait pour but de recueillir les impressions, propositions, attentes concernant le CEGER pour mieux appréhender les contraintes et les espaces réels dans lesquels le CEGER évolue et évoluera dans les années à venir.
- c) Une comparaison de la clientèle desservie par le CEGER à celle de ses plus proches partenaires médicaux, les médecins généralistes et internistes du canton. Elle a permis de définir le profil de clientèle de chacun des partenaires, le volume et la nature des consultations et des prestations fournies au cours d'une période-témoin.

Pour établir cette comparaison, il a été procédé à un relevé des consultations médicales données à des personnes au-dessus de la limite d'âge AVS. L'unité d'observation était la consultation en face à face ou par téléphone et non le patient (une même personne a donc pu être vue plusieurs fois durant la période de référence). Ce relevé a été effectué pendant deux semaines auprès d'un échantillon représentatif des médecins généralistes et internistes installés en pratique privée dans le canton de Genève d'une part, et auprès de la totalité des médecins-assistants du CEGER d'autre part.

Les consultations fournies par le médecin-chef et les chefs de clinique du CEGER n'ont pas été incluses dans la comparaison dans la mesure où il a été considéré qu'elles constituent des consultations de deuxième recours à l'intérieur même du CEGER (ceci étant dû au fait qu'il s'agit d'un service universitaire).

Une liste des praticiens installés a été établie sur la base de données fournies par l'Association des médecins de Genève et l'annuaire téléphonique. L'échantillon des médecins installés a été stratifié selon deux variables :

- l'année d'obtention du diplôme fédéral de médecine (1968 et années précédentes, 1969 et années suivantes), utilisée comme meilleure approximation disponible de la durée d'installation
- lieu de pratique (ville de Genève, communes périphériques)

Ces deux critères ont été retenus parce qu'ils sont susceptibles d'influencer la proportion des personnes âgées au sein d'une clientèle (durée de l'installation), le type de pratique du médecin (ancienneté et lieu d'installation) et la commodité d'accès pour le patient aux services du CEGER (et l'inverse).

Le relevé de consultations a eu lieu sur une période de deux mois : septembre et octobre 1988. Chaque médecin était libre de choisir dans ce laps de temps une période de deux semaines consécutives (week-end et nuit compris) pour effectuer le relevé dans sa propre consultation. A deux exceptions près (médecins n'ayant pu pour des raisons majeures commencer le relevé dans les délais voulus et ayant quand même été inclus dans l'étude), le délai a été respecté et les relevés se sont répartis sur l'ensemble de la période choisie, avec un pic de participation entre le 15 septembre et le 15 octobre 1988.

Si la période choisie n'a que peu d'influence sur le volume de consultations qui est stable sur les différents mois de l'année au CEGER (seul endroit où ces données sont répertoriées), elle pourrait en revanche influencer la nature des consultations données, puisque la fin du mois de septembre correspond à une période de changement d'assistants au CEGER. Il se pourrait que les assistants sur le point de partir aient sélectionné en partie les patients qu'il leur fallait revoir en donnant la préférence aux cas les plus complexes, ce qui aurait pu accentuer les différences avec les cas vus par les médecins de l'échantillon. Toutefois, la période de retour de vacances chez les médecins installés peut aussi générer une surreprésentation des cas complexes. Un biais significatif introduit par le choix de la période ne peut être écarté mais doit être considéré avec prudence, d'autant plus que la période de relevé a porté sur deux mois.

Le relevé de consultations s'est effectué de la manière suivante :

Chaque médecin sélectionné dans l'échantillon et chaque médecin-assistant du CEGER a été contacté durant les mois de juillet et août 1988, a reçu un descriptif de l'étude et une invitation à y participer. Après rappel, le taux final de participation obtenu auprès des médecins installés a été de 58 % (voir à l'annexe no 1 les données détaillées sur la participation). Une enquête par téléphone a été réalisée auprès des praticiens ne souhaitant

pas participer. A part les quelques praticiens âgés, en fin de pratique et quelques internistes dont l'essentiel de l'activité se faisait dans une sous-spécialité de la médecine interne, il apparaît que les non-répondants sont peu différents des répondants, notamment en ce qui concerne la part d'activité gériatrique.

Les instruments d'enquête étaient :

- un questionnaire d'identification du médecin installé comportant des données socio-démographiques et des appréciations du médecin sur le type de gériatrie pratiquée, les limites dans la prise en charge gériatrique, les demandes de prise en charge par d'autres institutions, les rapports avec celles-ci
- une fiche de consultation pour chaque personne âgée. Cette fiche comportait 17 items couvrant les domaines suivants : date de la consultation, sexe et âge du patient, forme de la consultation (lieu, urgence ou non), mode de vie, degré de dépendance, recours à des services annexes de prise en charge, hospitalisation dans l'année écoulée, diagnostic, prestations fournies, mesures prises à la fin de la consultation, durée de la consultation
- une fiche comprenant le nombre de consultations total donné chaque jour de la période de référence (patients âgés et autres patients)

Les médecins-assistants du CEGER disposaient d'une fiche de consultation pour personne âgée identique à celle des médecins praticiens.

Pour compléter les données sur le CEGER, une fiche de relevé de consultations adaptée et contenant des items pertinents pour la description du profil du patient a été proposée aux ergothérapeutes et aux assistants sociaux du CEGER.

Tous les instruments sus-nommés ont fait l'objet d'un pré-test. Ils figurent à l'annexe no 2.

2.2 Consultation de psycho-gériatrie (COPSY)

Diverses sources de données ont été utilisées :

- données statistiques existantes (statistiques IUG, statistiques Hôpital cantonal)
- dossiers médicaux du COPSY : un échantillon de dossiers de **nouveaux cas** (environ 150 dossiers par période) a été constitué pour trois périodes différentes (1977-78, 1983, 1987). Ces périodes ont été comparées entre elles sur plusieurs aspects : motif de la demande de consultation, service demandeur, âge et sexe du patient,

diagnostics, prestations fournies par le COPS Y, propositions faites, contrôles ultérieurs, moment de la consultation durant l'hospitalisation

- interviews auprès des responsables du COPS Y et de ses partenaires (7), interviews téléphoniques auprès des chefs de clinique des principaux services demandeurs de consultations du COPS Y : Médecine, Chirurgie, CMCE, Beau-Séjour (13).

3. DESCRIPTION DU CENTRE DE GERIATRIE ET DES AUTRES INSTITUTIONS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

3.1 Historique du Centre de gériatrie

3.1.1 Le développement des Institutions de gériatrie à Genève

En 1965, un Centre de psycho-gériatrie est ouvert à l'Hôpital Cantonal. Ce service de consultations aux personnes âgées est assuré par le Dr. Jean-Pierre Junod et une assistante sociale. Il est à l'origine des structures gériatriques dans le canton.

Dans le courant des années 60, les travaux de la Commission cantonale chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse débouchent sur la proposition de créer un Centre d'Information et de Coordination pour les Personnes Agées (CICPA) [5]. Ce centre est ouvert en 1966, il s'agit d'un organisme cantonal directement rattaché au Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique. Le Dr Junod en assume la responsabilité. Deux secteurs d'activité sont assignés au centre : d'une part une action d'information, administration, supervision des services pour personnes âgées, d'autre part une action médicale. La spécificité de cette dernière réside dans le fait de réaliser "des solutions médico-sociales nouvelles en évitant de se substituer aux services existants" [12]. L'objectif est de pratiquer une prise en charge globale, laquelle tient compte des dimensions somatique, psychologique et sociale du vieillard [12].

3.1.2. L'Hôpital de gériatrie

Les travaux de la commission cantonale aboutissent également à la proposition de la construction d'un hôpital de gériatrie. Celui-ci (HOGER) est inauguré à la fin de l'année 1971. Doté de 320 lits, il est destiné en priorité aux personnes malades, aux fins d'observation ou de traitement, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale majeure. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre sont d'ordre médical, psychologique et social. Le but poursuivi est, d'une part, d'offrir au vieillard malade les prestations spécifiques qu'exige son état, et d'autre part, de favoriser par tous les moyens l'indépendance au sens le plus large du terme [11].

Dès son ouverture, le poste de médecin-chef est occupé par le Dr Junod.

3.1.3. Le Centre de gériatrie

L'ouverture de l'Hôpital de gériatrie modifie le réseau de prise en charge des personnes âgées. Ceci conduit à une scission du CICPA en 1972 : d'une part, sous la même dénomination, le CICPA conserve sa mission d'information et de coordination. D'autre part, le Centre de gériatrie est créé auquel revient l'action médicale ambulatoire. Ce Centre est rattaché à l'Hôpital de gériatrie et ils forment ensemble les Institutions de gériatrie. Le CICPA reste sous l'autorité du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique.

3.1.4. Le Centre de soins continus

En 1979, le Centre de Soins Continus (CESCO) vient compléter le volet hospitalier des Institutions de gériatrie. Il s'agit d'une ancienne clinique rachetée par le Conseil d'Etat. Le CESCO dispose de 80 lits destinés aux personnes souffrant d'affections médicales évolutives [11].

Le Docteur Junod assure le développement de l'ensemble de ces institutions et installe un nouveau modèle de prise en charge gériatrique. En 1984, celles-ci acquièrent un statut académique et deviennent dès lors les Institutions universitaires de gériatrie (IUG) en donnant le titre de professeur ordinaire au Dr Junod. Elles sont directement placées sous l'autorité du Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique : une commission administrative, dirigée par le président du département, supervise leurs activités.

Actuellement (depuis octobre 1988), un directeur administratif et un médecin-chef se partagent la direction des IUG. Chacun des cinq secteurs les composant - HOGER A, HOGER B, HOGER C, Centre de gériatrie, CESCO - est placé sous la responsabilité d'un médecin-chef.

3.2 Les domaines d'intervention du Centre de gériatrie

Le Centre de gériatrie est "un service médico-social spécialisé destiné aux soins des personnes âgées atteintes à la fois sur le plan psychique et somatique" [4].

Ses objectifs sont définis de la manière suivante [22]:

- maintenir la personne âgée à domicile
- créer un modèle gériatrique de prise en charge, de formation et de recherche extra-hospitalière

Les domaines d'activité du Centre sont multiples :

- consultations ambulatoires à des personnes âgées vivant à domicile ou en établissements médico-sociaux (CEGER)
- responsabilité des soins dans un certain nombre d'institutions pour personnes âgées (immeubles avec encadrement médico-social, pensions, foyers de jour)
- la Consultation de psycho-gériatrie de l'Hôpital Cantonal (COPSY) lui est rattachée.

3.2.1 Le CEGER

Les demandes adressées au CEGER ont modelé son identité. Il est défini comme un service ambulatoire "à vocation principalement psycho-gériatrique et médico-sociale" [21]. L'orientation de fait vers la psychiatrie est expliquée par différentes circonstances :

- la Polyclinique de Médecine fournit un nombre important de consultations aux personnes âgées; elle s'occupe toutefois en priorité des problèmes d'ordre somatique
- les médecins s'occupant de personnes âgées présentant une pathologie mixte souhaitent disposer d'une prise en charge psychiatrique parallèlement à leur action
- le Centre Psycho-Social Universitaire transmet chaque année au CEGER un certain nombre de ses patients qui atteignent l'âge de la retraite. De même, les patients de Bel-Air ayant atteint l'âge AVS sont transmis au CEGER à la sortie de l'hôpital dans le cas où ils ont besoin d'un suivi ambulatoire spécifique qui ne peut être assuré par un médecin traitant. Ces accords avec les Institutions de psychiatrie ont parfois donné lieu à des situations conflictuelles puisque les IUP ne disposent pas d'une structure ambulatoire pour suivre leurs patients âgés.

Le CEGER prend en charge les hommes dès 65 ans et les femmes dès 62 ans (âge AVS). Si la personne âgée est suivie par un médecin-traitant, celui-ci doit adresser lui-même la demande de consultation au CEGER; le cas échéant la demande peut provenir de la personne elle-même (ou de sa famille).

Le médecin-traitant peut demander une aide ponctuelle (aide au diagnostic, bilan), une prise en charge parallèle à la sienne ou remettre définitivement le patient à l'un des médecins du Centre.

Les consultations sont fournies au domicile des patients, dans les établissements pour personnes âgées ou au Centre même. En 1972 le territoire du canton est divisé en cinq secteurs géographiques (pour la répartition voir annexe 3), chacun étant placé sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire. Actuellement, chacune de ces équipes

comprend un médecin-assistant (en formation de généraliste ou interniste), un assistant social, une secrétaire. Des infirmières, ergothérapeutes, une psychologue et une pédicure sont à la disposition des diverses équipes.

Un atelier d'ergothérapie est situé dans l'immeuble du CEGER. Des tentatives de décentralisation de cet atelier ont vu le jour : en 1981 deux ateliers supplémentaires fonctionnaient à la rue de Lyon et au boulevard Carl-Vogt. Toutefois, ces expériences n'ont pas paru répondre à un véritable besoin et elles n'ont pas été poursuivies. Actuellement, seul l'atelier de la rue de Nant est en activité (deux ergothérapeutes).

Deux postes d'infirmières ont été créés en 1986. Toutes deux ont une double formation en soins généraux et en psychiatrie.

Tout patient pris en charge par le CEGER est nécessairement suivi par un médecin du Centre : les autres professionnels interviennent à sa demande et en complément. Le travail des équipes est placé sous la supervision directe de chefs de clinique (actuellement 1 chef de clinique somaticien et deux psychiatres). La direction médicale est assumée par un psychiatre. Chaque semaine des réunions d'équipe permettent de coordonner l'action, de discuter les cas suivis.

Cette forme de travail en équipe se caractérise par la multidisciplinarité laquelle vise une prise en charge globale de la personne âgée. Du fait de cette orientation, le CEGER collabore étroitement avec l'ensemble des structures de prise en charge gériatriques (hôpitaux, services sociaux, médecins installés) [21]. Son intervention se veut complémentaire à celle des praticiens installés : "l'action du Centre de gériatrie n'entre jamais en concurrence avec la médecine libérale genevoise, en lui laissant au contraire toujours la priorité dans l'intervention médicale" [21].

En 1974, une tentative de décentralisation de l'un des secteurs (B) a été effectuée : le médecin et l'assistante sociale d'une des équipes ont pu disposer - trois après-midi par semaine - des locaux d'un centre médico-social de quartier. Les avantages relevés de cette décentralisation ont été multiples [3] :

- il y a eu une diminution du nombre de visites à domicile du fait de la réduction de la distance entre soignant et soigné
- la qualité des prestations s'est accrue grâce à la plus grande disponibilité de l'équipe soignante
- la collaboration avec les autres partenaires de prise en charge de la personne âgée assurait une rationalisation du travail effectué

- le meilleur quadrillage médico-social du secteur permettait de promouvoir la prévention

Malgré ces points positifs, cette expérience n'a pas été poursuivie; les raisons de cette décision n'ont fait, à notre connaissance, l'objet d'aucun rapport. La possibilité d'une décentralisation du centre est toutefois encore évoquée aujourd'hui, notamment entre la rive droite et la rive gauche.

Le Centre de gériatrie est également sollicité par des organismes officiels (Chambre des Tutelles, Centre d'Information et de Coordination pour Personnes Agées, Office d'Allocations aux Personnes Agées, Service du Tuteur Général, Conseil de Surveillance Psychiatrique, Tribunal et Institut de Médecine Légale) pour établir des expertises. Un service de garde 24 heures sur 24 est assuré par l'ensemble des médecins du Centre pour tous ses secteurs d'activité.

3.2.2 La Consultation de Psycho-gériatrie (COPSY) de l'Hôpital cantonal

Cette consultation - née en 1965 sous la dénomination de Centre de Psycho-gériatrie - est placée sous la responsabilité médicale et administrative du Centre de gériatrie.

Le COPSY est une unité sans lits directement rattachés. Il fournit des consultations aux personnes âgées hospitalisées ou en voie de l'être à la demande des différents services de l'Hôpital cantonal et de la clinique de Beau-Séjour.

Actuellement, l'activité du COPSY est définie comme une "psychiatrie de liaison", c'est-à-dire que la personne est appréhendée dans sa globalité (interrelation des paramètres biologiques, psychologiques et sociaux) [15].

Ses objectifs sont les suivants [20] :

- éviter des hospitalisations abusives en proposant des solutions alternatives
- prendre en charge les patients présentant des problèmes psycho-sociaux durant leur hospitalisation
- assurer la continuité des soins après la sortie

Jusqu'en 1977, la consultation de psycho-gériatrie a été assurée par un seul psychiatre. Les effectifs de personnel ont progressivement augmenté; aujourd'hui ils comprennent deux chefs de clinique et trois médecins-assistants.

3.2.3 Les logements avec encadrement médico-social (D2)

Les immeubles avec encadrement médico-social sont destinés à des personnes âgées dont le degré d'autonomie est suffisant pour qu'elles vivent à domicile mais qui ont cependant besoin d'un certain encadrement aux niveaux médical et social.

Les premiers établissements de ce genre datent de la fin des années 60. A l'origine, la responsabilité médicale et sociale était assurée par l'Hospice Général. Par la suite, celui-ci a souhaité renoncer à la prise en charge médicale qui a été attribuée au Centre de gériatrie. En revanche, l'Hospice a conservé le service de gérance sociale et d'animation de ces immeubles.

Le Centre de gériatrie est responsable du service infirmier et du service de permanence nocturne dans les D2. Ce mandat comprend également l'admission des locataires (évaluation de leur état de dépendance), leur maintien dans l'immeuble ou leur éventuel départ. Les habitants de ces immeubles conservent le plus souvent leur médecin-traitant, mais ils peuvent avoir recours à un médecin du CEGER.

En 1987, un poste d'infirmière-chef des D2 a été créé au CEGER afin de superviser le travail des infirmières et aides-infirmières. Ce service infirmier n'a qu'un lien administratif avec le Centre de gériatrie et n'est pas en contact avec les équipes mobiles.

3.2.4 Les autres prestations du Centre de gériatrie

a) l'intervention dans les foyers de jour

Cinq foyers de jour existent actuellement à Genève. Ils font partie intégrante de la politique de maintien à domicile dans la mesure où leur but est de favoriser la réinsertion sociale, développer l'autonomie, éviter l'hospitalisation ou préparer au placement en pension de personnes âgées vivant à domicile. Dans chacun d'eux, une équipe multidisciplinaire (assistant social, animateur, ergothérapeute, etc) reçoit chaque jour une quinzaine de personnes.

En 1980, le Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique a confié au médecin-chef des Institutions de gériatrie le rôle de responsable des soins de ces foyers de jour. Le Pr Junod a alors délégué par convention cette responsabilité à un praticien privé pour l'un de ces foyers, celle des quatre autres est revenue au Centre de gériatrie; actuellement trois foyers encore sont suivis par ce dernier. Ce rôle consiste à, par ordre d'importance, assurer la sélection des personnes admises dans le foyer de jour, suivre les patients qui le souhaitent et assurer un soutien à l'équipe soignante (tâche d'un chef de clinique psychiatre).

b) l'intervention dans les pensions

Tout établissement pour personnes âgées peut demander une aide médico-sociale au Centre de gériatrie. Les médecins, les assistants sociaux, les ergothérapeutes, la pédicure du CEGER fournissent donc un certain nombre de prestations dans ce cadre institutionnel. Le nombre des pensions suivies par le CEGER a régulièrement diminué au cours des dernières années. En 1978, 16 pensions faisaient appel au Centre, actuellement il n'est plus responsable que de 8 d'entre elles. Ceci s'explique par divers facteurs. D'une part, il s'agit d'un problème lié à la structure académique du Centre de gériatrie : les patients et responsables des institutions apprécient peu le changement répété des médecins-assistants. D'autre part, les médecins privés semblent actuellement plus disponibles pour assumer cette tâche.

3.3 Les principaux partenaires du CEGER dans la prise en charge ambulatoire des patients âgés

Parallèlement à l'action des **médecins installés**, divers **services sociaux** assument dans le canton la prise en charge de personnes âgées. Leur action est complémentaire à celle du CEGER. Des Centres médico-sociaux ouverts aux différents services sont répartis sur l'ensemble du territoire du canton. La ville met notamment à disposition sept Centres médico-sociaux dans les quartiers de la ville dans le but de favoriser la coordination entre les différents partenaires.

Les principaux services assurant une prise en charge de patients en âge AVS sont les suivants :

- **Le Service d'aide et de soins communautaires (SASCOM) de la Croix-Rouge**

Ce service fournit des soins, des contrôles de santé, des prestations d'hygiène, une surveillance de l'alimentation. Des services de physiothérapie, d'ergothérapie et de pédicure sont également à disposition. Les prestations sont assurées par une centaine d'infirmières (ayant le plus souvent une formation en santé publique), 80 aides extra-hospitalières, 6 physiothérapeutes, 4 ergothérapeutes, 3 pédicures.

L'activité du SASCOM est organisée en secteurs géographiques comprenant l'ensemble du canton. Au niveau du territoire urbain, les secteurs du SASCOM, du CEGER et de la Polyclinique de Médecine se recouvrent. Le SASCOM fonctionne par le biais des Centres médico-sociaux répartis dans les différents quartiers de la ville.

- **Le Service d'aide familiale (SAF)**

Il s'agit d'un organisme privé, subventionné par l'Office fédéral des assurances, le Département de la Prévoyance sociale et de la Santé publique et les communes genevoises. L'objectif est de proposer une prise en charge globale de la personne âgée : les multiples

prestations fournies comprennent lever, coucher, repas, lessive, hygiène, confort, stimulation. Elles sont assurées par 98 aides familiales, encadrées par 12 responsables de secteurs.

L'activité du SAF est sectorisée , 11 responsables de secteurs coordonnent l'action des intervenants. Cinq de ces responsables sont présentes dans les Centres médico-sociaux.

- **Les Aides ménagères au foyer (AMAF)**

C'est une organisation privée subventionnée de la même manière que le Service d'aides familiales. Les prestations sont de l'aide au ménage, des soins d'hygiène, des nettoyages. Elles sont assurées par 370 aides ménagères, 23 aides en soins d'hygiène, 10 nettoyeurs, 34 responsables de secteurs.

L'activité est répartie en 32 secteurs, chacun étant dirigé par une responsable. L'objectif actuel est d'implanter un maximum de responsables dans les Centre médico-sociaux (actuellement 9 responsables).

- **Le Service social de la Ville de Genève**

Ses divers secteurs d'activité comprennent une aide à domicile aux personnes âgées consistant en une aide ménagère et de la blanchisserie. Il met à disposition et organise l'utilisation d'appareils de sécurité à domicile.

- **L'Hospice Général**

Il assure un service de repas chauds (avec ou sans régime particulier), et met à disposition des appareils de sécurité en collaboration avec le Service social de la Ville de Genève.

4. ANALYSE DES INFORMATIONS DISPONIBLES SUR LA POPULATION AGEE ET SA PRISE EN CHARGE DANS LE CANTON DE GENEVE

4.1 La population âgée

La prise de conscience du vieillissement démographique a été relativement précoce dans le canton de Genève. En 1963 déjà, une commission cantonale chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse est nommée par le Conseil d'Etat. Dans le premier rapport (1965) de cette commission, la proportion particulièrement élevée de personnes âgées est mise en évidence : elle est parmi les plus élevées de Suisse, Genève étant le troisième canton le plus âgé derrière Appenzell et le Tessin [5].

La part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale a évolué au cours des 30 dernières années (voir tableau 1).

Tableau 1

Proportion de personnes âgées dans la population résidente

	Suisse	Genève
1960	10.2 %	11.7 %
1970	11.4 %	11.7 %
1980	13.8 %	13.1 %
1987	14.3 %	13.1 %

En 1960, la structure de la population est plus âgée à Genève que dans l'ensemble de la Suisse. En 1970, la situation est encore la même. En revanche, le recensement de 1980 montre que le pourcentage de personnes de plus de 65 ans est plus élevé dans l'ensemble du pays. Au cours de la dernière décennie, l'écart s'accroît entre la Suisse et Genève.

Ces chiffres indiquent donc que le processus du vieillissement démographique a été plus précoce dans le canton de Genève que dans l'ensemble du pays. Ce phénomène est lié à trois types de facteurs : la fécondité, la migration et la mortalité. La baisse de la mortalité n'intervient que faiblement sur le vieillissement d'une population, c'est principalement la baisse du taux de fécondité qui implique une augmentation de la proportion de personnes

âgées. A Genève, ce processus a été expliqué par l'influence négative du taux de fécondité, celui-ci étant au début des années 60 l'un des plus bas de Suisse [5].

Au cours des dix dernières années (1977-1987), le mouvement s'est stabilisé dans le canton ce qui s'explique par l'immigration importante liée à l'activité économique [9]. La population totale a régulièrement augmenté et, parallèlement, le nombre absolu de personnes âgées a continué de croître. En 1977, sur une population de 336 674 personnes, il y avait 44 104 (13.1 %) personnes de plus de 65 ans. En 1987, la population totale s'élève à 361 775 individus dont 47 492 personnes âgées (13.1 %). Cependant, malgré cette stabilisation, il faut relever le fait important que la proportion de personnes de plus de 80 ans s'accroît régulièrement (2.5 % de la population totale en 1977, 3.4 % en 1987) alors que celle des 65-80 ans diminue (10.7 % en 1977, 9.7 % en 1987).

Ces données sont basées sur des classes d'âge quinquennales. Or, la définition de l'"âge gériatrique" est basée sur l'âge AVS, c'est-à-dire qu'il s'agit des hommes dès 65 ans et des femmes dès 62 ans. Les femmes entre 62 et 64 ans représentent 1.5 % de l'ensemble de la population genevoise. En 1987, la population gériatrique constitue 14.7 % de l'ensemble des habitants du canton (voir tableau 2).

Tableau 2

La population âgée à Genève en 1987

classes d'âges	nombres absolus	% de population totale
62-64 ans	5594	1.5 %
65-69 ans	13814	3.8 %
70-74 ans	10867	3.0 %
75-79 ans	10320	2.9 %
80-84 ans	7343	2.0 %
85-89 ans	3838	1.1 %
90 ans et +	1310	0.4 %
	<hr/>	<hr/>
	53086	14.7 %

Source : Centre d'information et de coordination pour personnes âgées (CICPA), 1988

Les femmes représentent 67 % de la population en âge AVS. Ceci s'explique principalement par le taux de mortalité différentiel entre les sexes : en Suisse, les hommes ont (à la naissance) une espérance de vie inférieure de près de 7 ans à celle des femmes [17].

Le rapport de la commission cantonale [5] met l'accent sur la particularité de la situation, due au fait que Genève est un canton urbain, contexte rendant plus difficile la prise en charge des personnes âgées.

Différentes études ont été mises en oeuvre à la demande de cette commission.

D'une part, une enquête financière portant sur plus de 2000 cas a été réalisée afin de mieux connaître les conditions économiques des plus de 65 ans; les résultats sont présentés dans le rapport de la commission en 1965 [5]. D'autre part, une enquête sociologique sous forme d'entretiens approfondis a été menée auprès de 1000 personnes âgées, ceci dans le but d'estimer les besoins à satisfaire notamment en terme de prise en charge institutionnelle (résultats présentés dans le rapport de la commission [5], 1965). Cette étude a fourni de multiples indications sur leurs conditions de vie et leur état de santé. Elle a été répétée en 1978 afin d'évaluer les changements intervenus en 10 ans [6].

L'enquête financière a montré que certains vieillards étaient particulièrement défavorisés sur le plan financier : en 1964, 25 % de cette population bénéficiaient d'un revenu annuel inférieur à 3000 francs. Les femmes seules, divorcées ou séparées vivaient plus particulièrement des situations économiques difficiles. Par ailleurs, l'étalement très large des fortunes était relevé. La part des gros revenus était évalué à 2 % des personnes en âge AVS.

Les données issues de la deuxième enquête des 1000 (1978) sont les plus récentes dont nous disposons sur l'ensemble de la population en âge AVS du canton. Quelques-uns de ces résultats sont présentés ici dans la mesure où ils fournissent une première approche globale de la population étudiée dans le cadre de la présente recherche.

En ce qui concerne les conditions de vie des plus de 65 ans, l'enquête indique que la moitié sont mariés, 35 % sont veufs, 10 % célibataires et 7 % séparés ou divorcés. Plus d'un tiers (38 %) vivent seuls, cette situation est plus fréquente chez les femmes (50 %) et cette prépondérance augmente avec l'âge.

La moitié de cette population est genevoise, 40 % est confédérée, la proportion d'étrangers est faible (10 %).

19 % des personnes âgées bénéficient des prestations cantonales complémentaires.

5 % vivent en pension, 3 % dans les immeubles avec encadrement médico-social.

Concernant leur état de santé, l'étude indique que 69 % des personnes sont régulièrement

suivies sur le plan médical, 52 % ont consulté durant le mois précédent l'entretien. 7 % ont été hospitalisées au cours des trois mois précédents, 2 % sont hospitalisées au moment où l'entretien a lieu. L'état de dépendance de la population âgée a été évalué par un certain nombre d'items parmi lesquels cinq ont été retenus dans le cadre de notre propre étude :

- 97 % des personnes peuvent s'habiller seules
- 88 % peuvent préparer leur repas
- 83 % font leur ménage sans aide
- 87 % leurs achats
- 85 % prennent le bus

Quelques conclusions ont été tirées de la comparaison des données des deux enquêtes de population (1964 et 1978) [6] :

- la situation financière de la population âgée s'est améliorée durant cette période
- l'habitat a été amélioré et répond mieux aux besoins
- en terme de prise en charge institutionnelle, l'accent est porté sur les besoins non satisfaits, ceci malgré les efforts entrepris depuis 1965

Par ailleurs, on peut relever l'accroissement important du nombre de personnes suivies régulièrement sur le plan médical : cette proportion est passée de 24 % à 69 % en un peu plus de dix ans.

L'évolution entre la fin des années 70 et la période actuelle n'est pas connue. Des données sont cependant disponibles sur deux aspects particuliers :

- L'Office d'allocations aux personnes âgées évalue qu'en 1988 environ 10'000 personnes toucheraient les prestations complémentaires, ce qui correspond à 19 % de la population en âge AVS; la proportion de personnes concernées par cette mesure n'a donc pas changé entre 1978 et aujourd'hui, mais la population concernée a augmenté (8000 bénéficiaires en 1978)
- le canton dispose actuellement de 55 établissements (2727 lits) pour personnes âgées ce qui représente 5 % de la population gériatrique, proportion identique à celle de 1978 : le nombre de places disponibles s'est donc adapté à l'accroissement des personnes en âge AVS

D'autres études sur la population âgée à Genève ont été menées lors de projets du Fonds national de la recherche scientifique. Dans le cadre du Programme national de recherche no 3 "Problèmes d'intégration sociale", le Groupe universitaire genevois de recherche interdisciplinaire sur les personnes âgées (GUGRISPA) s'est intéressé aux problèmes de dépendance et de mise à l'écart des personnes âgées dans les cantons de Genève et du Valais [13]. Cette recherche fournit des données qualitatives sur les processus de vieillissement de la population dans des contextes sociaux différents, elles ne sont pas directement utilisables dans le cadre de la présente étude.

Une autre recherche plus directement axée sur le système de santé (réalisée dans le cadre du Programme no 8 du Fonds national : "Efficacité et économie du système de santé en Suisse") se proposait de fournir un instrument de travail pour la planification et la gestion des services médico-sociaux [9]. L'aspect méthodologique a été particulièrement développé dans cette étude. Les observations ont été faites dans les cantons de Genève et de Fribourg, les résultats présentés concernent les hôpitaux, les pensions et les soins infirmiers à domicile.

4.2 Le Centre de gériatrie 1976-1987

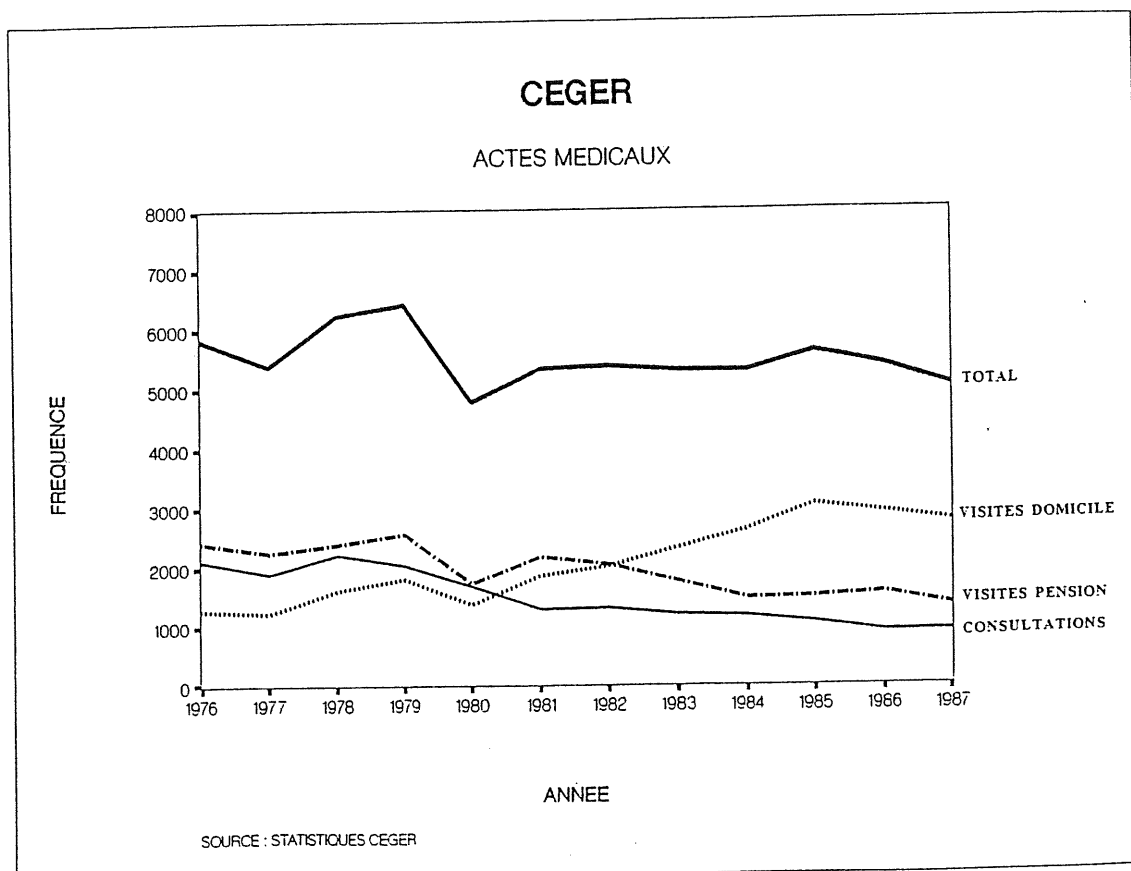
4.2.1 Données générales issues des rapports d'activité

Actuellement, l'équipe médicale du CEGER comprend un médecin chef qui est en même temps le responsable de l'ensemble des secteurs du Centre de gériatrie (CEGER, COPSY et autres secteurs), 3 chefs de cliniques et 5 médecins assistants (correspondant à 7 postes de médecins assistants et 2 de chefs de cliniques).

Au cours de l'année 1987, 5059 actes médicaux ont été effectués : 924 consultations au Centre, 2785 visites à domicile, 1349 visites en pension.

La figure 1 montre l'évolution de ces différentes prestations médicales au cours des dix dernières années.

Figure 1



Le nombre total d'actes médicaux est relativement constant depuis 1981. Les consultations fournies au Centre même ont diminué de moitié depuis dix ans (2128 en 1976, 925 en 1987). Les visites à domicile ont en revanche doublé durant la même période (1279 en 1976, 2785 en 1987). Ce double mouvement (diminution des consultations au Centre, augmentation des visites) peut indiquer une évolution de la clientèle suivie dont la capacité à se déplacer tendrait à diminuer. Le nombre de visites en pension décroît depuis le début des années 80. Cette baisse correspond à la diminution du nombre de pensions dont le CEGER assume la responsabilité médicale (voir tableau 3).

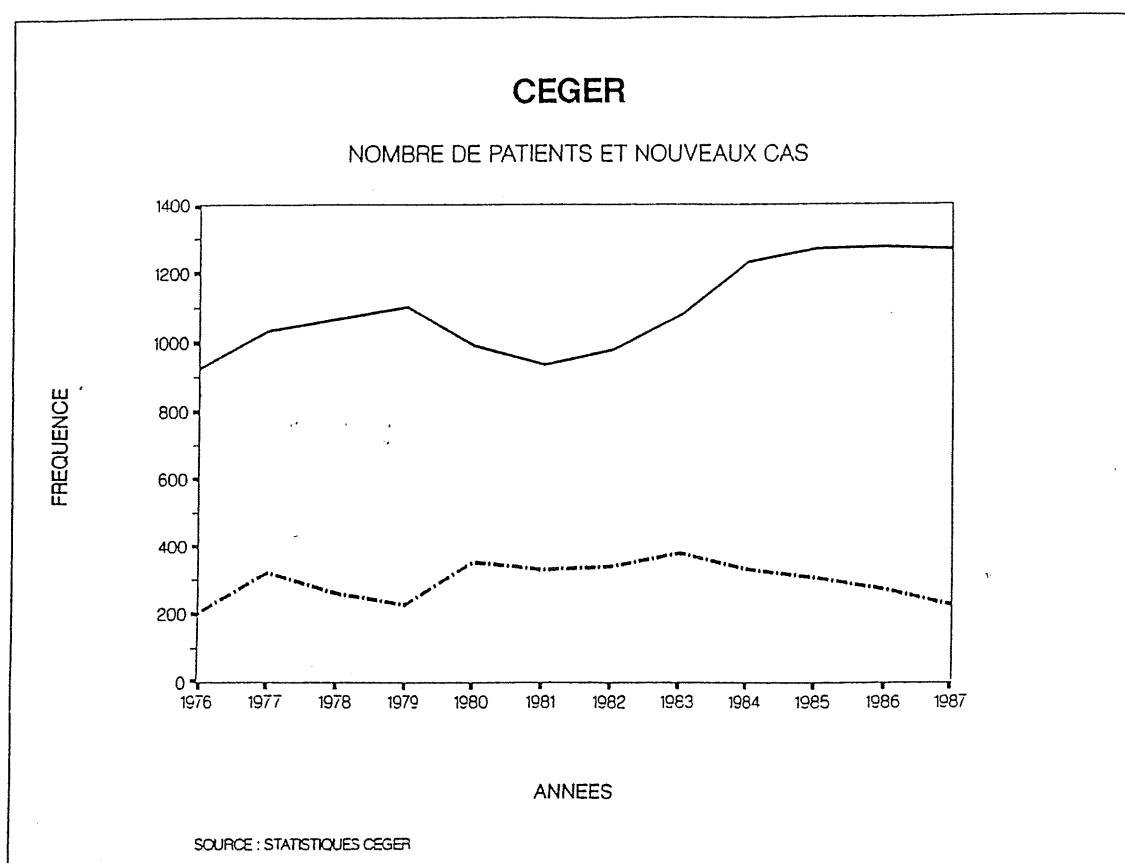
Tableau 3**Pensions suivies par le CEGER**

	régulièrement	à la demande
1978	16	24
1979	18	23
1980	20	--
1981	20	--
1982	14	4
1983	15	16
1984	14	16
1985	10	15
1986	8	17
1987	8	16
1988	8	16

Source : statistiques CEGER

Les médecins du Centre ont suivi près de 1300 personnes en 1987, parmi lesquelles il y a un cinquième de nouveaux cas. La figure 2 montre l'augmentation du nombre de patients suivis, notamment depuis 1981 et d'autre part la diminution récente du nombre de nouveaux cas : la tendance actuelle serait donc à une prise en charge de plus en plus longue.

Figure 2



Deux postes d'infirmières ont été créés en 1986. Les deux personnes les occupant ont remis un rapport sur leur première année d'activité (de juin 86 à mai 87) [8]. Les deux infirmières ont effectués 1081 interventions durant cette période ce qui correspond à 82 patients (50 sur la rive gauche, 32 sur la rive droite). Le rapport conclut à la similitude du type de prise en charge entre les deux rives, le surcroît de travail perçu en ce qui concerne les prestations de la rive droite étant en fait dû aux déplacements nettement plus nombreux. Les prestations fournies comprennent peu d'actes techniques et peu d'interventions en urgence. En revanche, il est relevé que les compétences dans le domaine psychiatrique ont été plus particulièrement sollicitées.

Les actes fournis par le **service social** du CEGER (cinq assistants sociaux) sont restés stables au cours de ces dix ans (2500-3000 actes par an).

Les prestations de la **pédicure** (1 personne) du centre ont passablement varié au cours de cette période, globalement ils ont augmenté.

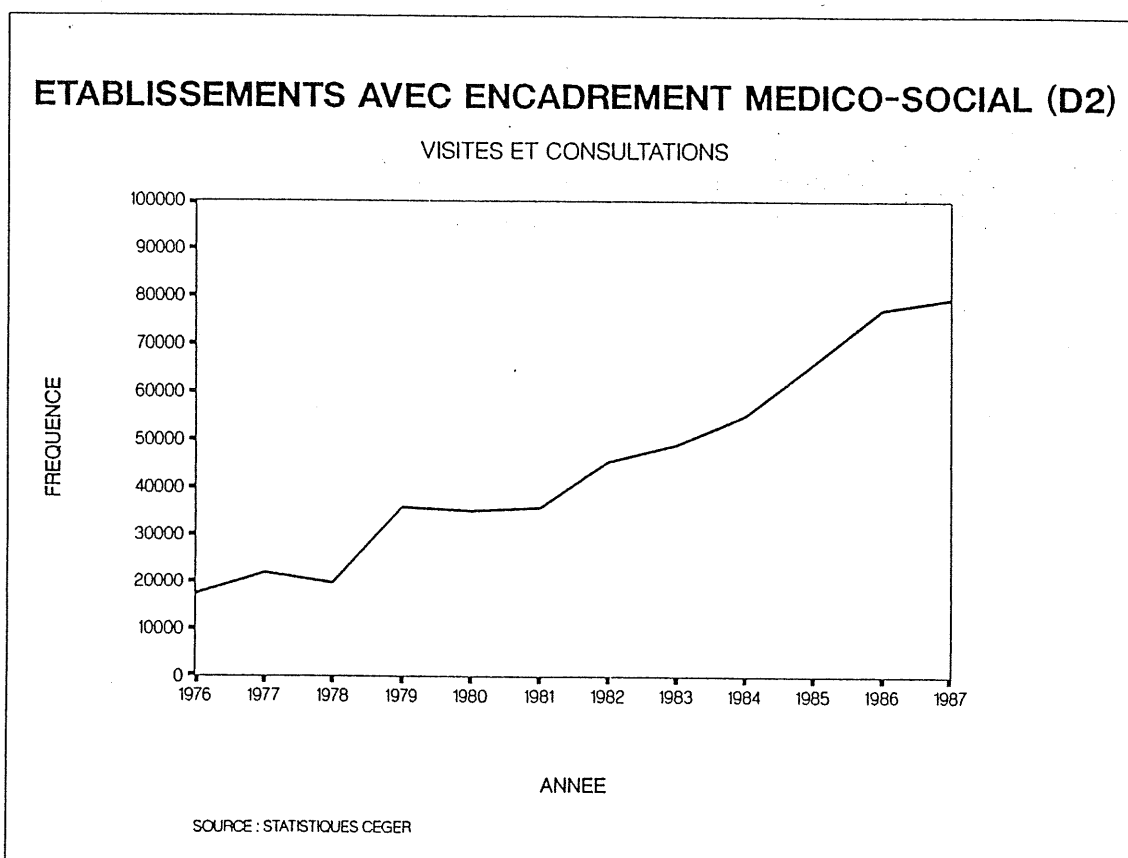
Des données statistiques sur les activités des **ergothérapeutes** (actuellement deux personnes) ne sont disponibles que pour les années 1986 et 1987. Plus de 3300 actes sont fournis chaque année.

La **psychologue** (1 personne à mi-temps) a effectué plus de 300 consultations en 1987 (seules données existantes).

4.2.2 Immeubles avec encadrement médico-social (D2)

Entre 1976 et 1987, les prestations (visites et consultations) fournies dans les D2 ont été multipliées par 4.5 (voir figure 3).

Figure 3



Au début des années 80, 7 immeubles étaient suivis par le Centre de gériatrie ce qui représentait 612 locataires, la prise en charge était assurée par 14 infirmières et 6 aides. Actuellement, le CEGER assume la responsabilité de 11 immeubles (environ 1 millier de locataires); 24 infirmières et une dizaine d'aides en assurent l'encadrement. Un service de permanence nocturne est organisé (un permanent par immeuble et par nuit).

4.2.3 Données fournies par les études spécifiques sur le CEGER

Différentes études et rapports fournissent des indications supplémentaire sur les activités du Centre.

Au début des années 80, une étude a été mise en oeuvre dans le but de déterminer le **profil et l'identité** du CEGER. Cette étude a consisté en un relevé de données sur tous les nouveaux cas, notamment sur les provenances des patients. Elle a été réalisée sur une période allant de 1976 à 1986.

Les résultats de cette recherche seront présentés plus loin, lors de l'évaluation des différents types de motifs pour lesquels les prestations du CEGER sont demandées.

Une étude récente a été réalisée sur le **service de garde** assuré par les médecins du Centre [24]. Plus de 450 appels en urgence ont été enregistrés entre le 1er mars et le 30 septembre 1986 : la répartition des appels (selon le jour de la semaine, l'heure), les origines, les motifs et le type d'interventions fournies ont été analysés. La moitié des téléphones sont reçus durant les jours ouvrables (8-18h), 37 % durant le week-end, 13 % durant la nuit. Les origines et motifs d'appel sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4

Origines des appels en urgence

Motifs

patients	19.6 %	somatiques	51.5 %
entourage	18.3 %	psychiatriques	23.3 %
pensions	32.7 %	chutes	10.3 %
D2	16.1 %	décès	3.9 %
entourage médico-social (EMS)	7.9 %	sociaux	1.1 %
hôpitaux	5.2 %	mixtes	9.3 %

Il est relevé que les motifs sociaux sont très rares. Les motifs somatiques sont les plus souvent évoqués dans toutes les classes d'âge sauf pour les patients les plus jeunes chez lesquels les motifs psychiatriques prédominent. Les interventions pour motifs somatiques proviennent plus souvent des D2 ou des pensions; en revanche les patients ou l'entourage appellent plus fréquemment pour des problèmes psychiatriques. Dans 85 % des cas, le médecin se déplace auprès du patient, dans 14 %, le problème est réglé par téléphone, 1 % des personnes reçoivent une consultation au CEGER.

En 1978, la population âgée suivie par le CEGER a été comparée à l'ensemble de la population de plus de 65 ans dans le canton, caractérisée par l'enquête des 1000 [10]. L'hypothèse guidant ce travail était que les personnes suivies par le centre sont moins favorisées sur les plan psycho-socio-économiques que l'ensemble des personnes âgées. Les résultats suivants ont été mis en évidence :

- la population suivie par le CEGER est plus âgée que celle de l'ensemble du canton et il y a plus de femmes
- 80 % des patients du CEGER sont veufs, célibataires ou divorcés. Les hommes célibataires ou divorcés sont quatre fois plus nombreux que dans la population âgée, les femmes divorcées deux fois plus nombreuses
- les deux tiers des patients vivent seuls (38 % dans le canton). 40 % touchent des prestations complémentaires (19% dans l'ensemble de la population âgée) et les trois quarts ont recours à des services sociaux (13 % dans le canton)

Les conclusions de cette recherche ont confirmé l'hypothèse, à savoir que la population suivie par le Centre de gériatrie présente une spécificité.

4.3 Les autres structures de prise en charge des personnes âgées

4.3.1 Les praticiens privés

Le nombre des médecins installés a rapidement augmenté ces dernières années dans le canton de Genève. L'évolution globale (la répartition par disciplines n'est pas connue) est indiquée dans le tableau 5.

Tableau 5

Nombre de médecins au bénéfice d'une autorisation de pratique

1968	505
1978	828
1983	1140
1987	1470

Source : service du médecin cantonal

Le nombre de médecins généralistes ou internistes aurait doublé en 20 ans [2]. On peut supposer que cette rapide progression modifie la prise en charge de la population âgée :

d'une part, l'offre de soins médicaux s'accroît et tend à mieux satisfaire la demande de soins gériatriques. D'autre part les médecins nouvellement installés ont une sensibilité plus développée par rapport à ce type de patients (lesquels vont d'ailleurs représenter une part non négligeable de leur clientèle). Cette sensibilité est liée au fait qu'une partie de ces praticiens ont bénéficié d'un enseignement spécifique en gériatrie, ce qui les prédispose à assumer les problèmes particuliers de l'âge avancé.

4.3.2 Les services sociaux de prise en charge

Les données présentées ici concernent d'une part la répartition par âge des personnes suivies, d'autre part l'origine des demandes adressées à ces services. Elles sont issues des rapports annuels des différents organismes [1,7,18] ou, le cas échéant, ont été communiquées par les services concernés. Il s'agit d'indications pour l'année 1987 (les statistiques de 1988 ne sont pas encore disponibles).

a) répartition par âge des bénéficiaires des principaux services sociaux

- le service d'aide et de soins communautaire (SASCOM)

6284 personnes ont été suivies en 1987, parmi lesquelles près de la moitié sont en âge AVS. Le domaine spécifique de la santé maternelle et infantile est le plus souvent considéré à part dans les statistiques fournies; sur les 3276 autres clients ce sont alors plus de 80 % qui ont atteint l'âge AVS et 47 % ont plus de 80 ans. La répartition des patients gériatriques est assez uniforme sur l'ensemble des classes d'âge.

- le service d'aides ménagères (AMAF)

Sur leurs 6407 clients, 87 % sont des personnes âgées de plus de 65 ans parmi lesquelles la part de clients très âgés est élevée : 66 % de l'ensemble des prestations sont fournies à des personnes de plus de 75 ans.

- le service d'aide familiale (SAF)

Les personnes de plus de 65 ans ne représentent que 29 % de leurs clients (au nombre de 1563); mais il s'agit d'une population particulièrement âgée : 21 % de l'ensemble ont plus de 75 ans.

- le service de repas chauds de l'Hospice général

La quasi totalité des repas (225'000 en 1988) sont fournis à des personnes en âge AVS (5 % en-dessous). La part des clients très âgés est importante : 65 % ont entre 75 et 89 ans, 14 % plus de 90 ans.

- le service social de la ville

Les prestations d'aide ménagère ont été fournies à 1054 personnes en 1988, parmi lesquelles 92 % ont plus de 65 ans. La classe d'âge 75 - 89 ans bénéficie de 63 % de ces prestations.

Ceci montre que les différents services de prise en charge fournissent une part importante de leurs prestations à des personnes en âge AVS, de plus ces clients sont le plus souvent très âgés.

b) origine des demandes de prise en charge par ces services

Les origines des demandes adressées à ces différents intervenants sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6

Origine des demandes de prise en charge (en %)

	SASCOM		AMAF	SAF	Service Social (aide ménagère)	Hospice général
	infirmier	aide extra- hospitalière				
Particuliers	30.7	35.7	58.0	71.7	51.8	50.0
Médecins	29.9	14.2	0.8	0.8	1.3	} 50.0
Services sociaux	5.3	11.9	18.9	13.9	15.9	
Policlinique, Serv. médico- sociaux	7.4	1.8		0.8	11.1	
CEGER	0.95	1.55	0.4	0.3	0.35	
Hôpitaux	26.2	32.3	21.9	12.5	19.55	

Les particuliers (bénéficiaires ou entourage proche) sont à l'origine d'un nombre important des demandes dans tous les services. Les médecins font avant tout appel aux services infirmiers proposés par le SASCOM. Les collaborations entre les différentes structures de prise en charge à domicile, c'est-à-dire ici les demandes provenant d'un autre service, sont relativement fréquentes. Le CEGER ne sollicite que rarement les prestations des autres partenaires, ceci pouvant s'expliquer soit par le fait qu'il peut mettre à disposition de ses patients une partie de ces prestations, soit que les nouveaux patients qu'il prend en charge en bénéficient déjà.

5. LES ACTIVITES DU CEGER

5.1 Volume de consultations en quinze jours

Pour l'ensemble des secteurs du CEGER, un peu plus de 500 consultations sont effectuées sur une période de deux semaines.

Rappelons que les consultations fournies par le médecin chef et les chefs de clinique ne sont pas prises en compte.

Les médecins, les assistants sociaux et les ergothérapeutes réalisent la majeure partie des contacts avec les patients du Centre. Le relevé de données effectué auprès de ces groupes indique les volumes suivants :

- les médecins assistants ont fourni 239 consultations durant quinze jours; ce qui représente 47 % du volume global de consultation
- les assistants sociaux ont effectué 94 consultations, qui constituent 18 % de l'ensemble
- les ergothérapeutes, 68 consultations; c'est-à-dire 13 % du volume total.

En ce qui concerne les autres professionnels, leur volume d'activité a été estimé pour quinze jours, à partir des statistiques existantes.

- Les infirmières pratiquent en moyenne 45 interventions¹, qui représentent 9 % du volume global
- La pédicure réalise 50 consultations², c'est-à-dire également un dixième de l'ensemble des activités
- La psychologue effectue 12 consultations², qui correspondent à 2 % du volume.

Le volume de consultations médicales observé durant cette étude est proche de la moyenne mensuelle indiquée par les statistiques tenues par le Centre (données à disposition pour les mois de janvier et février 1987, la moyenne de ces deux mois est de 450 consultations).

¹ Evaluation à partir des données de leur rapport d'activité; toutes les données relatives présentées ici en sont issues
[8]

² Evaluation à partir des statistiques 1987

L'emploi du temps des médecins-assistants comprend diverses activités, parmi lesquelles le temps passé avec le patient est la première par ordre d'importance; néanmoins cela représente en général moins de la moitié du travail hebdomadaire. Les déplacements occupent une part importante de l'horaire (entre 4 et 10 heures par semaine, variabilité liée aux secteurs). Par ailleurs, le travail comprend le temps passé avec l'entourage (en dehors de la consultation avec le patient), les réunions d'équipes au Centre (elles sont hebdomadaires) et celles avec des services extérieurs. De plus, il faut prendre en compte les démarches administratives, la tenue de dossiers et les activités de formation.

Les assistants sociaux répartissent leur temps de travail entre les mêmes activités que les médecins. Le temps passé avec les patients vient chez eux aussi en tête. Le temps passé avec l'entourage, les réunions à l'intérieur du CEGER et les déplacements suivent par ordre d'importance. Chaque semaine comprend un certain nombre d'heures consacrées aux démarches administratives, à la tenue de dossiers, aux activités didactiques.

5.2 Caractéristiques des patients

Les médecins, les assistants sociaux et les ergothérapeutes réalisent plus des trois quarts du volume global d'activité du CEGER. Quelles sont les caractéristiques des clientèles de ces professionnels ? Pour répondre à cette question, quelques données socio-démographiques et des variables décrivant l'état de santé des patients vont être présentées. Ensuite, une analyse des motifs de prise en charge par le Centre de gériatrie permettra de mieux cerner les particularités de cette population. Enfin, les diagnostics posés au cours des consultations compléteront cette approche des patients.

5.2.1 Types de clientèles

Différents aspects des consultations sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7**Forme des consultations**a) lieu des consultations

	médecins	assistants sociaux	ergothérapeutes
consultations au CEGER	19.1 %	18.1 %	--
visite à domicile	44.8 %	71.3 %	--
visite en pension	30.9 %	2.1 %	--
consultation par téléphone	5.2 %	1.1 %	--
autres	--	7.4 %	--
atelier ergothérapie	--	--	91.7 %
piscine	--	--	8.3 %

b) nature des consultations

Nouveaux cas	28.2 %	5.3 %	1.7 %
Consultation urgente	17.2 %	--	--

Les médecins voient peu de patients au Centre même (moins de un sur cinq), ils se déplacent donc beaucoup à domicile et en pension; les consultations par téléphone sont rares. Les assistants sociaux voient également peu de personnes au CEGER, ils se rendent très fréquemment à domicile (71.3 % des consultations). Les ergothérapeutes effectuent la majorité de leurs prestations à l'atelier (91.7 %); par ailleurs, quelques-uns de leurs patients bénéficient de séances à la piscine (8.3 %).

La faible proportion de patients vus au CEGER par les médecins et les assistants sociaux peut provenir aussi bien de la capacité moindre de déplacement des personnes suivies que de la situation géographique du Centre qui en rend l'accès limité. La nécessité pour les professionnels de se rendre eux-mêmes auprès des patients explique le temps important consacré chaque semaine aux déplacements tel qu'il a été relevé ci-dessus.

Les assistants sociaux et les ergothérapeutes connaissent déjà la quasi totalité de leur clientèle. Les médecins en ont déjà vu la majorité (71.8 %), mais chez eux les nouveaux cas sont plus fréquents car tout nouveau patient est d'abord vu par un des médecins du Centre; et par la suite seulement, celui-ci peut faire appel aux autres professionnels du CEGER. Un peu moins d'un cinquième des consultations médicales sont faites en urgence.

Les caractéristiques démographiques des clientèles varient d'un groupe de professionnels à l'autre (voir tableau 8).

Tableau 8

Répartition des patients par âge et par sexe

	médecins	assistants sociaux	ergothérapeutes
moins de 70 ans	18.4 %	22.3 %	39.7 %
70 - 84 ans	50.2 %	56.4 %	58.8 %
plus de 85 ans	31.4 %	21.3 %	1.5 %
femmes	73.2 %	73.3 %	61.2 %
hommes	26.8 %	26.7 %	38.8 %

Les patients suivis par les médecins sont dans l'ensemble les plus âgés (âge médian : 80 ans; près d'un tiers ont plus de 85 ans). Les ergothérapeutes ont la population la plus jeune (âge médian : 73 ans) : les personnes très âgées sont rares et près de 40 % ont moins de 70 ans.

La répartition hommes-femmes est identique entre les médecins et les assistants sociaux. La faible proportion de patients masculins (un quart) peut être une conséquence de l'âge. Chez les ergothérapeutes, l'écart entre les sexes est plus faible, ceci est vraisemblablement lié à la relative "jeunesse" de leurs clients.

Différentes variables sociales permettent d'évaluer les conditions de vie des patients (voir tableau 9).

Tableau 9**Répartition des clientèles par variables sociales**

	médecins	assistants sociaux	ergothérapeutes
marié(e)	19.5 %	20.4 %	17.6 %
célibataire	19.9 %	15.1 %	26.5 %
divorcé(e)/séparé(e)	14.8 %	22.6 %	26.5 %
veuf/veuve	45.8 %	41.9 %	29.4 %
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	100 %	100 %	100 %
patient vivant seul	54.0 %	72.8 %	41.5 %
patient touchant les prestations compl.	40.2 %	68.1 %	-- *

* Cette donnée n'a pas pu être récoltée auprès des ergothérapeutes

Le veuvage touche une part importante (un peu moins de la moitié) des personnes suivies par les médecins et les assistants sociaux, cette proportion est plus élevée que dans la population âgée en général où elle est de 35 %³. Chez ces deux collectifs de patients, les proportions de célibataires et de divorcés/séparés sont supérieures à celle de la population âgée (célibataires : 10 %, divorcés/séparés : 7 %³). Et cette situation est encore plus fréquente chez les patients suivis par les ergothérapeutes : plus de la moitié sont célibataires ou divorcés/séparés.

Les patients suivis par les assistants sociaux sont ceux qui vivent le plus souvent seuls (72.8 %).

Chez les médecins, quatre patients sur dix bénéficient des prestations cantonales complémentaires; cette proportion s'élève à sept sur dix chez les assistants sociaux.

L'état de santé est estimé par une variable mesurant la dépendance (voir annexe no 4) et le fait d'avoir été récemment hospitalisé; ces données sont présentées dans le tableau 10.

³ Enquête des 1000 [6]

Tableau 10

Variables décrivant l'état de santé	médecins	assistants sociaux	ergothérapeutes
patient indépendant	27.2 %	17.2 %	25.0 %
patient moyennement dépendant	49.4 %	73.1 %	75.0 %
patient très dépendant	23.4 %	9.7 %	--
	100.0 %	100.0 %	100.0 %
patient hospitalisé au cours des 18 derniers mois	48.3 %	47.9 %	22.4 %
dont à Bel-Air	16.7 %	24.4 %	80.0 %

La clientèle la plus dépendante est celle des assistants sociaux : moins de deux patients sur dix sont totalement indépendants. Néanmoins les cas les plus lourds (dépendance élevée) sont plus nombreux chez les médecins (près d'un quart); on peut supposer que ces personnes sont le plus souvent en pension et ne sont pas prises en charge par les autres professionnels. Les ergothérapeutes ont une majorité de patients moyennement dépendants, mais aucun n'est très limité dans sa vie quotidienne.

Près de la moitié des personnes suivies par les médecins et le service social ont été hospitalisées durant les 18 mois précédents; cette proportion est nettement plus faible chez les clients des ergothérapeutes. L'hospitalisation en psychiatrie est très courante chez ce dernier collectif (80 % des hospitalisations dans les dix-huit derniers mois) alors qu'elle est limitée dans les deux autres groupes de patients.

Comme l'indique le tableau 11, la majorité des patients de chacun des groupes de professionnels ont recours à des services de prise en charge, cette part étant la plus élevée chez les assistants sociaux. Le fait d'être suivi par un professionnel du Centre autre que celui auprès duquel les données ont été récoltées est ici pris en compte. Cet aspect de collaboration à l'intérieur du CEGER sera développé plus loin.

Tableau 11**Recours à des services de prise en charge**

	médecins	assistants sociaux	ergothérapeutes
Patient y ayant recours (inclus ceux suivis par d'autres professionnels du CEGER)	71.2 %	94.7 %	79.4 %
Parmi ceux-là, recours à:			
SASCOM	39.1 %	43.8 %	0.0 %
AMAF/SAF	51.8 %	73.0 %	29.6 %
CEGER (autres professionnels)	47.6 %	89.9 %	92.6 %
Hospice général (repas chauds)	16.3 %	28.1 %	18.5 %
Autres	28.3 %	42.7 %	33.3 %

Les recours aux services d'aide familiale et d'aide ménagère sont fréquents (après le CEGER) dans les trois collectifs de patients. Les personnes suivies par les ergothérapeutes sont celles qui ont le moins recours à des services en dehors du Centre même, ce qui peut s'expliquer par leur relative indépendance et le fait qu'ils vivent moins souvent seuls que les autres. Les infirmières à domicile sont relativement souvent présentes en même temps qu'un médecin (39.1 %) ou un assistant social (43.8 %) du Centre. Les cas où la prise en charge médicale est conjointe avec un médecin installé sont rares (six ont été relevés).

5.2.2 Origine et motifs de demandes de prise en charge

Chaque nouveau patient du CEGER est toujours vu par un médecin. Une analyse des motifs de prise en charge par le CEGER doit donc être centrée sur les médecins puisqu'ils sont en fait le point d'entrée dans cette structure.

L'étude IRIS (non publiée) fournit des indications sur la répartition des provenances des nouveaux patients entre 1976 et 1986 (voir tableau 12). Les données les plus récentes (1986) montrent que 20 % des demandes viennent du patient lui-même ou de son entourage proche, 16 % du médecin traitant : le tiers des nouveaux cas sont donc issus de filières non institutionnelles. Les structures hospitalières représentent également un tiers

des demandes. Les pensions et les services de prise en charge sont à l'origine de 22.8 % des nouveaux dossiers, 8 % sont d'une autre provenance.

Tableau 12

Etude IRIS (1976 - 1986)

Provenance des nouveaux cas (%)

	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
médecin traitant	13.0	9.3	12.5	18.6	13.1	11.1	13.4	13.6	13.9	12.4	16.1
patient et entourage	18.7	20.4	18.4	20.4	17.5	18.0	20.1	18.3	17.7	16.9	20.7
pensions	13.0	18.3	16.0	14.1	23.6	27.6	11.1	11.5	9.7	10.8	13.3
institutions de gériatrie	10.6	12.7	10.4	8.5	13.7	9.0	20.1	17.3	18.7	20.1	16.5
Hôpital cantonal	12.7	11.5	11.5	7.2	7.6	8.7	6.0	5.4	5.5	7.0	7.0
institutions de psychiatrie	21.8	12.4	9.6	12.6	8.6	8.0	7.4	11.5	9.4	8.9	8.8
services sociaux de prise en charge	5.6	9.9	11.7	9.1	10.8	11.1	8.4	12.2	10.0	11.5	9.5
autres provenances	4.6	5.6	9.9	9.4	5.1	6.5	13.4	10.2	15.2	12.4	8.1

Source : étude IRIS, Centre de gériatrie

Au cours de la période 1976-86, les demandes de l'Hôpital cantonal ont diminué, alors que celles issues des Institutions de gériatrie sont devenues plus importantes. Ceci est lié au développement des IUG (agrandissement de l'HOGER, ouverture du CESCO), lequel a vraisemblablement modifié la politique d'hospitalisation des personnes âgées.

La proportion de nouveaux cas du CEGER en provenance des institutions de psychiatrie (Bel-Air + CPSU) a diminué de plus de moitié durant ces dix ans.

La variation du nombre de pensions suivies par le Centre de gériatrie peut expliquer les proportions diverses de demandes issues de ce milieu; actuellement la valeur est la même qu'en 1976.

Les proportions des autres provenances de nouveaux patients sont restées stables.

Ces données montrent que les médecins installés font peu appel au Centre de gériatrie et suggèrent qu'une majorité des demandes de consultations sont faites par des tiers (institutions, patient ou entourage, services de prise en charge) pour des personnes qui n'ont pas (ou plus) de médecin traitant ou des patients qui nécessiteraient de l'avis de ce tiers, une prise en charge qu'un médecin installé ne peut entièrement assumer.

Les raisons pour lesquelles ces différents demandeurs font appel au CEGER ont été évoquées lors d'entretiens avec les responsables des services partenaires du CEGER ou dans le questionnaire rempli par les médecins installés ayant participé à l'étude.

Les médecins généralistes et internistes installés attendent avant tout un dépannage temporaire ou même une prise en charge pour des patients présentant des problèmes psychiatriques ou psycho-gériatriques. Par ailleurs, ils souhaitent également une collaboration en présence de cas de maintien à domicile difficiles lorsque le patient est très dépendant. D'autre part, pour certains, le CEGER doit servir à fournir des évaluations du degré de dépendance, de la possibilité de rester à domicile. A un niveau plus personnel, quelques médecins attendent des conseils, un soutien, une aide dans des domaines spécialisés, voire même un service de consultations pour des problèmes spécifiques du patient âgé (problèmes psychiatriques, diététiques,...). Le CEGER est également perçu comme étant à même de fournir des informations sur les structures existantes.

Pour les services de prise en charge ce sont les problèmes psychiatriques qui conduisent à demander l'aide du CEGER. Par ailleurs, certaines caractéristiques spécifiques sont appréciées : avoir à disposition d'une part des médecins se rendant à domicile et assurant un service de garde, d'autre part une équipe pluridisciplinaire à même d'assumer une prise en charge globale et assurant un soutien aux autres services en cause.

Les recours au Centre en provenance de l'Hôpital de gériatrie concernent des patients n'ayant pas de médecin traitant et pour lesquels une prise en charge complexe est nécessaire.

En principe, les Institutions de psychiatrie ambulatoire transfèrent au CEGER leurs patients qui atteignent l'âge AVS. Dans la pratique, il semble exister des exceptions à cet arrangement.

Les compétences des autres professionnels du Centre sont sollicitées dans des situations précises.

Pour les assistants sociaux, le principal motif de prise en charge est le maintien à domicile de la personne âgée. Ce qui inclut la mise en place et la coordination d'un encadrement ou

le retour à domicile après une hospitalisation. Une autre raison d'intervention fréquente est l'évaluation financière, voire la gestion financière et les démarches administratives. Les assistants sociaux sont également sollicités pour des problèmes relationnels (solitude, soutien) et pour préparer des placements. Quelques cas sont suivis pour des problèmes d'alcoolisme et de clochardisation.

La principale raison de recours aux activités ergothérapeutiques est la solitude, suivie par la dépression. Quelques personnes sont prises en charge à cause de leur agressivité, leur angoisse ou parce qu'elles sortent d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Ceci souligne le fait qu'il s'agit plutôt d'activités à but occupationnel ou d'aide au maintien dans le cadre de vie que d'une ergothérapie de "réadaptation fonctionnelle".

La clientèle des infirmières est constituée de cas lourds aux niveaux psychiques et physiques, ce qui rend la prise en charge impossible ou difficile pour d'autres services. Les personnes suivies présentent principalement un problème psychiatrique.

5.2.3 Diagnostics posés lors des consultations médicales

Pour chaque patient vu en consultation, il a été demandé au médecin de mentionner les trois diagnostics principaux retenus. Ces diagnostics ont été enregistrés sous deux formes : en clair et sous forme codée, en grandes catégories de diagnostics (20), tels que affection psychiatrique, affection cardio-vasculaire, affection neurologique, etc (voir annexe no 5). A noter que dans la catégorie affection psychiatrique, entraînent à la fois les diagnostics psychiatriques habituels et toutes les atteintes des fonctions supérieures qui pourraient être assimilées à une démence, affaiblissement intellectuel non compris.

Pour les 239 patients vus en consultation par le CEGER dans la période de relevé, 598 diagnostics ont été mentionnés. Sur l'ensemble de ces diagnostics, la catégorie la plus représentée est celle des affections psychiatriques (27.3 %), suivie par celle des affections cardio-vasculaires (24.4 %) et par la catégorie nommée "problèmes atypiques déficitaires" (7.7 %) qui réunissait des "diagnostics hétéroclites" assez souvent employés chez les personnes âgées, tels que affaiblissement intellectuel, asthénie, baisse de l'état général, sénilité, cachexie, etc. (voir tableau 13).

Tableau 13

Les 10 groupes de diagnostics les plus fréquemment mentionnés dans les consultations du CEGER (ensemble des diagnostics)

1. Affection psychiatrique	27.3 %
2. Affection cardio-vasculaire	24.4 %
3. Problèmes atypiques déficitaires	7.7 %
4. Affection rhumatologique ou de l'appareil locomoteur	7.0 %
5. Affection urologique	6.4 %
6. Affection endocrinologique	3.8 %
7. Problèmes sociaux	3.7 %
8. Cancer	3.3 %
9. Affection respiratoire	2.8 %
10. Affection digestive	2.7 %

Pour environ la moitié des patients, un diagnostic psychiatrique est mentionné comme premier diagnostic. De plus, un diagnostic psychiatrique apparaît souvent comme 2ème ou 3ème diagnostic (voir tableau 14).

Tableau 14

Les groupes de diagnostics les plus fréquemment mentionnés comme 1er, 2ème ou 3ème diagnostic

1er diagnostic

1. Affection psychiatrique	46.9 %
2. Affection cardio-vasculaire	16.7 %
3. Problèmes atypiques	10.9 %

2ème diagnostic

1. Affection cardio-vasculaire	28.6 %
2. Affection psychiatrique	16.9 %
3. Affection dermatologique	11.3 %

3ème diagnostic

1. Affection cardio-vasculaire	30.8 %
2. Affection psychiatrique	10.3 %
3. Affection rhumatologique	8.2 %

En comparant trois classes d'âge (les patients âgés de moins de 70 ans, ceux âgés de 70 à 84 ans, ceux âgés de 85 ans et plus), on constate une évolution.

Une affection psychiatrique reste le diagnostic le plus fréquemment donné comme premier diagnostic, mais cette proportion baisse pour les patients les plus âgés :

- moins de 70 ans : 68 %
- 70 à 84 ans : 50 %
- 85 ans et plus : 29 %

De plus, pour l'ensemble des diagnostics, les affections cardio-vasculaires viennent au premier rang des diagnostics les plus fréquents chez les patients de plus de 85 ans.

Les affections psychiatriques nommées comme premier diagnostic se répartissent comme suit :

- dépression/état dépressif et/ou anxiété/état anxieux 37 %
- psychoses, schizophrénie 33 %
- démence (non compris le diagnostic affaiblissement intellectuel) 18 %
- autre 12 %

Les diagnostics suggérant une pathologie sociale (alcoolisme, toxicomanie, solitude, misère sociale, etc.) sont peu évoqués par les médecins du CEGER, puisqu'ils ne représentent que 3.7 % de l'ensemble des diagnostics.

Les clientèles des trois principaux groupes de professionnels apparaissent comme relativement distinctes les unes des autres.

Les médecins suivent d'une part une clientèle très âgée, parmi laquelle les patients très dépendants sont relativement nombreux. Ces cas lourds se retrouvent moins dans les autres groupes de professionnels dans la mesure où ces personnes sont le plus souvent en pension. D'autre part, ils suivent des patients présentant en premier lieu une pathologie psychiatrique pour lesquels la prise en charge tend à être médicale uniquement.

Les assistants sociaux voient une majorité de patients vivant à domicile, dont les conditions de vie sont difficiles : ils sont souvent partiellement dépendants, vivent seuls et ont des ressources financières plutôt précaires.

Les ergothérapeutes ont une clientèle relativement jeune, parmi laquelle la moitié est célibataire ou divorcée/séparée. Les personnes qui ont été hospitalisées l'ont été le plus souvent en milieu psychiatrique.

5.3 Prestations fournies lors de la consultation

Leur nature est évidemment très variable d'un groupe de professionnels à l'autre. Elles sont donc présentées successivement.

a) les médecins

La majorité des consultations comprennent une anamnèse (ou complément d'anamnèse) (68.9 % des consultations) et/ou un status partiel (71 %). La prescription de médicaments est restreinte (41.2 %). Par contre, les entretiens avec le patient (ou des conseils médicaux) et la psychothérapie sont relativement fréquents (respectivement 38.5 % et 23.5 % des consultations). Les examens de laboratoire (10.5 %), les examens radiologiques (2.5 %) et les status complets (3.8 %) sont des prestations plus rares. La consultation médicale au CEGER apparaît donc plus portée sur l'aspect "relationnel" que sur l'aspect technique.

Les suites données à la consultation (plusieurs réponses possibles) sont dans la majorité des cas un contrôle (89.3 %). 6.8 % des patients sont hospitalisés et 5.5 % transférés à un autre médecin.

La distribution de la durée des consultations médicales s'étend de 5 minutes à 3 heures; la durée médiane est de 30 minutes.

b) les assistants sociaux

La première prestation fournie par ordre d'importance est le soutien à la personne âgée (53.2 % des consultations), puis les évaluations - financière et sociale - (37.2 %), et la coordination (35.1 %). Les assistants sociaux font également des démarches administratives et même de la stimulation, mobilisation.

Une très forte majorité des interventions sociales se poursuivent (85.9 %).

La durée d'intervention est au minimum de 15 minutes et au maximum de 1 heure 30 minutes, la médiane étant de 45 minutes.

c) les ergothérapeutes

Les activités manuelles sont le principal type de prestations fournies (60 %), viennent ensuite des aspects de socialisation, activités relationnelles (28 %). La gymnastique ne représente qu'une faible part des actes (6 %). Dans quelques cas, les ergothérapeutes assument la distribution d'argent ou de médicaments.

Quasiment tous les patients continuent d'être pris en charge.

La durée d'intervention médiane est de 3 heures (ce qui correspond à un après-midi), la distribution se répartit entre 30 minutes et 4 heures.

d) les infirmières

Le principal type de prestations fournies est la thérapie de soutien. Elles assurent par ailleurs la coordination des intervenants, distribuent les médicaments. Les contrôles de santé et actes techniques sont relativement courants, bien que ceci ne corresponde pas véritablement à la perception qu'ont les deux infirmières de leur activité (cf. point 4.2.1).

e) la psychologue

Elle a une activité de psychologie clinique qui lui est spécifique : elle consiste en des tests, bilans. D'autre part, elle fournit des prestations de psychothérapie.

f) la pédicure

Elle travaille en collaboration avec les différentes équipes et intervient au Centre même, à domicile, en pension, dans les immeubles avec encadrement médico-social et les foyers de jour.

5.4 Une prise en charge globale ?

La multiplicité des problèmes présentés par le patient gériatrique nécessite le plus souvent une prise en charge à différents niveaux. Une des caractéristiques du Centre de gériatrie est - du fait de la présence d'équipes multidisciplinaires - de pouvoir assurer ce type d'approche ou, lorsque les compétences nécessaires ne sont pas présentes au sein de l'équipe même, de mettre en place un encadrement adéquat autour du patient. Il s'agit maintenant d'analyser les collaborations à l'intérieur du Centre même, puis celles existant avec les autres services.

Les deux tiers des consultations des médecins sont données à des personnes qui ne sont suivies que sur le plan médical au niveau du CEGER (ce qui n'exclut pas la présence d'intervenants extérieurs), le tiers à des personnes prises en charge par d'autres professionnels du Centre. Deux clientèles peuvent donc être distinguées : celle qui bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire au CEGER même et celle qui est vue uniquement par le médecin et qui est la plus importante en termes de volume de consultations médicales.

Les personnes vues uniquement par le médecin vivent plus souvent en pension (34.9 %) que celles qui sont suivies par différents professionnels du Centre (17.9 %), ces dernières sont plus fréquemment vues à domicile (59 % contre 39 % pour les patients des médecins), mais elles ne vivent pas significativement plus souvent seules. Les patients pris en charge par différents intervenants du CEGER sont dans 38.5 % des cas très dépendants, cette proportion n'est que de 15.1 % chez ceux suivis uniquement sur le plan médical.

Pour l'ensemble des diagnostics des cas suivis uniquement sur le plan médical, les affections psychiatriques viennent en tête (27.6 %), elles sont suivies des affections cardio-vasculaires (22 %) et des problèmes rhumatologiques (8.9 %). Le nombre moyen de diagnostics par patient est de 2.4. Les personnes prises en charge par plusieurs intervenants du CEGER présentent d'abord des affections cardio-vasculaires (27.6 %), les problèmes psychiatriques viennent ensuite (24.8 %). Le nombre moyen de diagnostics est plus élevé : 2.7 par patient.

En ce qui concerne les prestations, les entretiens et conseils médicaux sont plus fréquents pour les personnes vues par plusieurs professionnels (50.6 % contre 34 %), en revanche la psychothérapie est moins fréquente chez eux (12.7 % contre 28.8 %) (à mettre en relation avec les diagnostics).

Les patients des médecins suivis par plusieurs intervenants du Centre se répartissent de la manière suivante entre les différents professionnels :

Assistants sociaux	73.4 %
Infirmières	17.7 %
Ergothérapeutes	7.6 %
Pédicure	3.8 %
Psychologue	3.8 %
Données manquantes	15.2 %
(patients pris en charge, mais non précisé par quel(s) professionnel(s))	

La collaboration prioritaire avec les assistants sociaux peut s'expliquer par le fait qu'il y en a un dans chaque équipe; ce qui n'est pas le cas des autres professionnels.

85.1 % des personnes suivies par le service social ont recours à d'autres professionnels du Centre :

Médecins	96.3 %
Infirmières	8.8 %
Psychologue	6.3 %
Pédicure	3.8 %
Ergothérapeutes	1.2 %

Les clients des ergothérapeutes sont suivis par d'autres intervenants à raison de 73.5 %, ces collaborations se distribuent de la manière suivante :

Médecins	100.0 %
Infirmières	26.0 %
Assistants sociaux	18.0 %
Pédicure	4.0 %
Psychologue	- -

Une importante part des patients des assistants sociaux et des ergothérapeutes sont également suivis par un médecin du Centre : ceci s'explique par le fait que tout nouveau cas est d'abord pris en charge au niveau médical. Ces chiffres montrent que dans le collectif de patients suivis par les assistants sociaux, quelques rares cas ne sont plus suivis par le médecin. Les collaborations avec d'autres professionnels du CEGER sont en revanche relativement restreintes.

La question des collaborations du Centre avec les services extérieurs a déjà été abordée lors de la description des profils de patients (cf. point 5.2.1). Une large proportion des personnes suivies ont recours à des services de prise en charge. Néanmoins, il a été mis en évidence (cf. point 4.3.2) que les demandes adressées par le CEGER aux différents partenaires sont rares. Cela laisse à penser que le plus souvent les nouveaux cas pris en charge ont déjà un encadrement à domicile, lequel est poursuivi. En revanche, il serait plus rare que les professionnels du CEGER soient directement amenés à mettre en place des structures extérieures de soutien à la personne âgée.

Les collaborations internes au CEGER ne concernent qu'une part des patients suivis et semblent concerner des personnes à la fois moyennement dépendantes, vivant à domicile et ayant des difficultés sociales. Les cas suivis en commun avec d'autres services sont relativement nombreux, mais cela pourrait plutôt résulter de situations antérieures à la prise en charge par le CEGER.

Il semble donc que la multidisciplinarité de la prise en charge soit bien présente, même si les collaborations internes au CEGER ne sont pas majoritaires dans les consultations des médecins du Centre; en effet d'autres intervenants sont parfois déjà en action auprès de certains patients pour lesquels on n'a pas fait appel à une collaboration interne au CEGER.

Les attentes des services de prise en charge à l'égard du CEGER

Les interviews auprès de responsables des services de soins à domicile et des services sociaux ont fait apparaître des préoccupations et des aspirations face au CEGER. Il est apprécié pour sa disponibilité, sa compétence et l'esprit de multidisciplinarité qui l'anime dans son intervention auprès des personnes âgées. Cependant, on attend de lui non seulement qu'il soit un partenaire ou un recours dans la prise en charge de certains patients mais aussi qu'il soit un consultant spécialiste investi d'une mission de formation. On souhaiterait trouver ces capacités chez les différents intervenants du CEGER (médecins, assistants sociaux et infirmières). Par exemple, les infirmières du SASCOM désireraient pouvoir bénéficier davantage de l'expérience de leurs collègues du CEGER.

D'après ces services, le CEGER est encore insuffisamment reconnu par les médecins installés en pratique privée et souffrirait ainsi d'un manque de légitimité. Cette appréciation est corroborée par des remarques de certains médecins qui craignent parfois que le CEGER soit un concurrent dans la prise en charge des personnes âgées.

6. LES MEDECINS GENERALISTES ET INTERNISTES INSTALLÉS DANS LE CANTON DE GENEVE

6.1 Volume total des consultations

Les médecins ayant participé à l'enquête ont effectué durant la période de référence (2 semaines) 1994 consultations. Le nombre de consultations obtenues a été extrapolé à l'ensemble des médecins généralistes et internistes (sans sous-spécialité déclarée) établis en pratique privée dans le canton de Genève (N=377), compte tenu de la stratification opérée au moment du tirage de l'échantillon et des taux de participation différents obtenus dans chaque strate de l'échantillon (taux moyen : 58 %).

13'912 (intervalle de confiance à 95 % : ± 2044) consultations ont été ainsi fournies à la population d'âge gériatrique dans une période de 2 semaines. Si l'on rapporte ce nombre de consultations à l'ensemble de la population âgée genevoise, on obtient environ 1 consultation pour 4 personnes d'âge gériatrique en 2 semaines.

Pendant la même période, le CEGER a fourni 239 consultations et la Policlinique Médicale environ 240 consultations (estimation fondée sur des données fournies par la Policlinique Médicale).

Les consultations aux personnes âgées ne représentent qu'une partie du total des consultations données à la population genevoise par les généralistes et internistes installés. Cette proportion est de 24.1 % (intervalle de confiance à 95 % : ± 5.6) et varie selon les diverses sous-populations de médecins : d'un maximum de 31.8 % (± 7.4 %) pour les médecins ayant obtenu leur diplôme avant 1969 et installés en périphérie à un minimum de 17.6 % (± 4 %) pour les médecins ayant obtenu leur diplôme en 1969 et après, installés en périphérie; les médecins pratiquant en ville, "jeunes" ou "plus âgés" se situent entre deux.

Ces données montrent clairement que le Centre de gériatrie ne **fournit qu'une fraction minime de l'ensemble des consultations délivrées aux personnes âgées à Genève (environ 2 %)**, sans compter que d'autres praticiens avec des spécialités moins "proches" de la gériatrie que ne le sont la médecine générale et la médecine interne ont aussi des patients âgés.

Dans le chapitre 7, par la comparaison des profils de consultation du CEGER et des médecins généralistes et internistes, on essaiera de définir leurs spécificités.

6.2. Description de leur pratique gériatrique par les médecins installés

Le questionnaire rempli par les médecins ayant participé au relevé de consultations fournit un certain nombre d'indications sur leur pratique et leur approche des problèmes gériatriques.

La majorité des répondants (4/5) travaillent à temps complet. L'activité en cabinet représente souvent la totalité de leur temps de travail. Un peu moins d'un quart de ces médecins exercent une fonction dans une institution pour personnes âgées, cela en tant que médecin-répondant. Ce nombre relativement important doit être mis en relation avec la diminution du nombre de pensions suivies par le CEGER.

Seuls les médecins les plus jeunes ont acquis une formation particulière en gériatrie, et cela ne concerne qu'une minorité de praticiens. Ce type de formation s'est le plus souvent déroulé dans le cadre des Institutions universitaires de gériatrie de Genève : à l'HOGER pour presque tous les médecins concernés, au CEGER ou au CESCO pour quelques-uns.

Presque tous les médecins déclarent recourir à la coopération de services de prise en charge des personnes âgées. Les services les plus souvent cités sont les infirmières à domicile de la Croix-Rouge (SASCOM), institution nommée 28 fois, les aides ménagères (17 fois), l'hôpital de jour (12 fois), le CEGER (10 fois). L'ensemble des structures de prise en charge de la population âgée sont en fait citées par les praticiens : Hospice Général pour son service de repas chauds, les aides familiales, les foyers de jour, le Service social de la ville (CICPA), etc. Les structures hospitalières spécifiquement gériatriques (HOGER et CESCO) sont également évoquées.

La majorité des praticiens connaissent les activités du CEGER. Cependant certains les connaissent mal ou même pas du tout : une envie d'en savoir davantage est présente chez quelques-uns. Malgré cela, moins de la moitié des répondants ont collaboré avec le CEGER. Parmi ces derniers, l'évaluation de cette collaboration est très nettement positive : elle est qualifiée d'excellente, très bonne, fructueuse, bonne, efficace. Néanmoins, il faut relever quelques avis mitigés, voire franchement négatifs : l'introduction d'un tiers (en l'occurrence le médecin du CEGER) est jugée défavorable dans le cadre de la relation patient-médecin traitant, l'existence d'une bonne collaboration entre confrères est également mise en doute.

A la question de savoir si le CEGER est considéré comme un partenaire pour la prise en charge des patients âgés, la plupart des médecins répondent positivement (7/10). Quelques-uns ne le considèrent franchement pas comme un partenaire, d'autres sont perplexes face à cette question.

Les attentes des praticiens privés face au Centre de gériatrie sont multiples. Elles se rapportent le plus fréquemment à la prise en charge de patients avec des problèmes psycho-gériatriques ou sociaux : face à ces situations, une prise en charge par le CEGER, permanente ou temporaire, est souhaitée. Par ailleurs, des attentes s'expriment face au maintien à domicile : pour la prise en charge de cas complexes une collaboration avec des gériatres spécialisés est envisagée. De plus, le CEGER est perçu comme pouvant fournir des évaluations du degré de dépendance de la personne âgée et de la possibilité de continuer la vie à domicile. A un niveau plus personnel, certains médecins souhaitent obtenir du CEGER des conseils, un soutien, une aide dans des domaines spécialisés, voire même un service de consultations pour des problèmes spécifiques du patient gériatrique (problèmes psychiatriques, diététiques).

Il a été demandé aux médecins de décrire le genre de situations où la prise en charge d'un patient âgé leur semblait trop lourde à assumer seul, et où ils faisaient appel à une collaboration extérieure. Deux types de situations sont fréquemment évoquées :

- celles où un patient souffre de troubles psychiatriques (démence, dépression, etc)
- celles où la dépendance du patient est importante et nécessite la mise sur pied d'un réseau d'aide pour le maintien à domicile (soins, hygiène, préparation des repas, etc)

Pour des patients souffrant d'isolement ou d'autres problèmes sociaux ou pour des patients nécessitant une surveillance dans la prise de médicaments (dosage, compliance), le médecin fait appel prioritairement au SASCOM quand il pense ne pas pouvoir assumer seul la situation.

Les praticiens sont tout à fait ouverts à l'idée d'une collaboration avec d'autres professionnels lors de prise en charge de patients lourds. En revanche, l'idée de remettre définitivement au CEGER un malade qu'il est difficile d'assumer est beaucoup moins évidente. Plus de la moitié des répondants y sont opposés. Ceux qui en admettent le principe évoquent cette éventualité à nouveau pour le même genre de malades : les cas psychiatriques, puis les personnes nécessitant du fait de leur état de dépendance avancé non seulement des contrôles réguliers à domicile mais encore l'organisation et la supervision d'un système de maintien à domicile.

7. LE CEGER ET LES MEDECINS INSTALLES

7.1 Comparaison des profils de clientèles

7.1.1 Caractéristiques des consultations

Les formes de consultations sont différentes entre les médecins privés et ceux pratiquant au CEGER (voir tableau 15).

Tableau 15

Forme des consultations

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
consultation au cabinet	44	19.1	1466	75.3*
visite à domicile	103	44.8	273	14.0*
visite en pension	71	30.9	162	8.3*
consultation par téléphone	12	5.2	46	2.4*
patient déjà vu	171	71.8	1888	96.3*
consultation urgente	41	17.2	177	9.0*

* Différence significative entre médecins du CEGER et médecins intallés (test du X², alpha=0.05)

Les praticiens privés voient les trois quarts de leurs patients au cabinet alors que les médecins du CEGER ne fournissent qu'un cinquième de leurs consultations à la rue du Nant. Ces derniers se déplacent par contre beaucoup à domicile (44.8 %), ce qui est nettement moins fréquent chez les médecins installés (14 %); les visites à domicile et en pension représentent les trois quarts des consultations du CEGER alors qu'elles ne constituent que moins du quart des activités des médecins installés.

La part de consultations fournies à des personnes déjà connues du médecin est plus élevée dans l'échantillon (94.7 % contre 71.5 % au CEGER). Ceci montre que la clientèle gériatrique est plus stable en pratique privée. La proportion de patients déjà vus s'accroît pour les visites en pension (CEGER : 83.1 %, médecins installés : 98.1 %)

Les consultations fournies par le Centre sont deux fois plus souvent urgentes; ce fait peut s'expliquer par la présence d'un service de garde au CEGER, assuré 24 heures sur 24. Dans les deux collectifs, la proportion de consultations en urgence au cabinet est plus faible (CEGER : 9.1 % sur l'ensemble des contacts au cabinet, médecins installés : 6.3 %).

Si la consultation est urgente, les médecins installés font davantage de visites à domicile (33.7 %) que lorsqu'il s'agit d'une visite normale.

Les appels en urgence faits au CEGER concernent majoritairement des nouveaux cas (63.4 % de patients non connus), en pratique privée la part de personnes déjà vues reste plus importante (88.3 %), même si elle diminue par rapport à l'ensemble.

7.1.2 Caractéristiques démographiques des clientèles

Elles sont mises en évidence dans le tableau 16.

Tableau 16

Répartition des clientèles par âge et par sexe

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
< 65 ans	11	4.6	124	6.2 n.s.
65 - 69 ans	33	13.8	364	18.3 n.s.
70 - 74 ans	28	11.7	313	15.7 n.s.
75 - 79 ans	41	17.2	423	21.3 n.s.
80 - 84 ans	51	21.3	397	19.9 n.s.
85 - 89 ans	53	22.2	262	13.2*
> 90 ans	22	9.2	107	5.4*
femmes	175	73.2	1373	68.9 n.s.
hommes	64	26.8	613	30.7 n.s.

* Différence significative entre médecins du CEGER et médecins intallés (test du X^2 , alpha=0.05)

La répartition par classes d'âge des deux clientèles est par ailleurs présentée dans les figures 4 et 5.

Figure 4

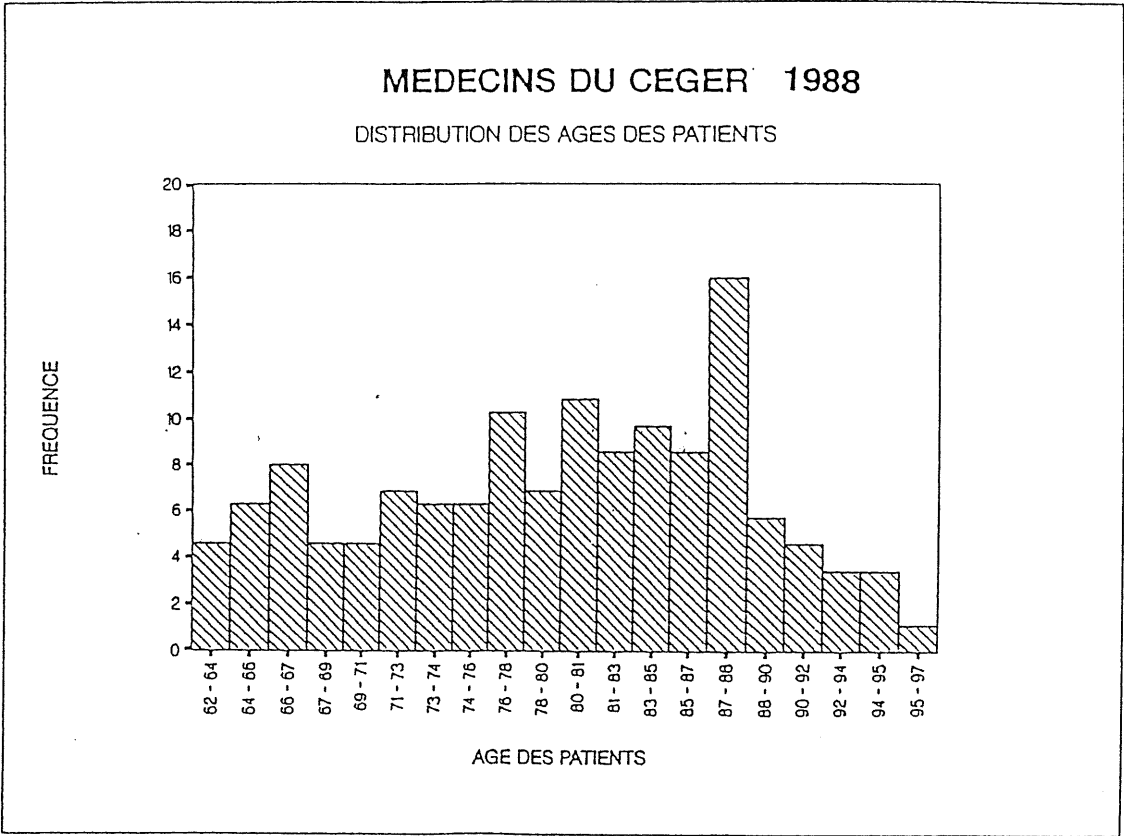
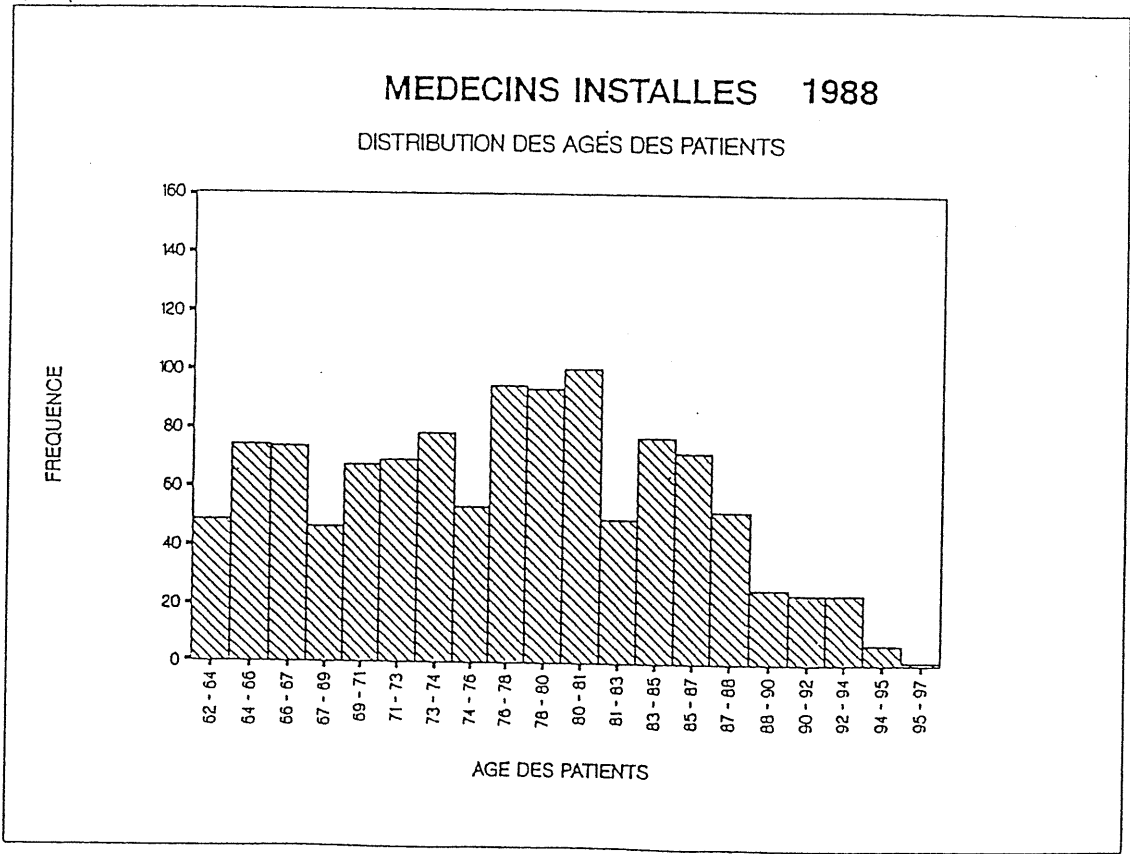


Figure 5



La clientèle du CEGER est plus âgée (médiane CEGER : 80 ans, médecins installés : 77 ans), la part des patients de plus de 85 ans y est nettement plus élevée (31.4 % contre 18.6 % dans l'échantillon). La répartition par âge de la clientèle suivie hors pensions est proche de la distribution globale de chaque collectif. Néanmoins, si les proportions de la classe d'âge 85-89 ans restent significativement différentes entre les deux groupes, ce n'est plus le cas au-delà de 90 ans. En terme de prise en charge hors pensions, il apparaît donc que les médecins privés suivent également une population très âgée.

Par ailleurs, le type de consultations correspond à des clientèles différentes : par rapport à l'ensemble des consultations de chaque collectif, les patients vus au CEGER même sont nettement plus jeunes (médiane : 69.5 ans) et ceux vus dans les cabinets privés sont légèrement plus jeunes (75 ans) que ceux vus hors cabinet. Les personnes vues à domicile par les médecins installés sont plus âgées (médiane : 82 ans) que l'ensemble de leur clientèle, alors qu'au CEGER ce type de consultations est fourni à une clientèle similaire à l'ensemble des personnes suivies. Les visites en pension réalisées par les praticiens concernent des patients très âgés (médiane : 86 ans), celles faites par le Centre à des personnes également très âgées (83 ans).

La répartition hommes-femmes en médecine privée (68.9 % de femmes) est proche de celle de l'ensemble de la population âgée du canton (67 %) [6]. La proportion de femmes est un peu plus élevée au CEGER (73.2 %), toutefois la différence n'est pas significative.

7.1.3 Variables sociales

Quelques aspects des conditions de vie des patients des deux collectifs sont présentés dans le tableau 17.

Tableau 17

Répartition des patients par quelques variables sociales

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
marié(e)	46	19.5	834	43.1*
célibataire	47	19.9	188	9.7*
divorcé(e)/séparé(e)	35	14.8	108	5.6*
veuf(veuve)	108	45.8	803	41.5 n.s.
patient vivant seul	127	54.0	797	41.3*
patient touchant les prestations compl.	96	40.2	460	23.1*

* Différence significative entre médecins du CEGER et médecins intallés (test du X^2 , alpha=0.05)

Les patients des médecins du CEGER sont nettement plus souvent célibataires ou divorcés/séparés et moins fréquemment mariés que ceux suivis par les médecins installés; la part des veufs est équivalente entre les deux collectifs.

Le fait de vivre seul est significativement moins fréquent chez la clientèle de médecine privée.

Au CEGER, deux patients sur cinq bénéficient des prestations cantonales complémentaires, ce n'est le cas que d'un patient sur cinq chez les médecins installés. Il faut relever l'importante proportion de données manquantes sur cette variable : 23 % au CEGER, 8 % chez les médecins installés. Ceci pourrait indiquer que les médecins n'ont pas toujours une idée précise des conditions économiques dans lesquelles vivent leurs patients.

Par rapport aux deux clientèles prises dans leur ensemble, les patients vus à domicile vivent plus souvent seuls, surtout ceux du CEGER (67.6 %, médecins installés : 45.1 %) et ils touchent plus fréquemment les prestations cantonales complémentaires (CEGER :

53.8 %, médecins installés : 31.0 %). Les personnes vues en pension sont également plus souvent bénéficiaires des prestations cantonales; dans ce type de consultations la proportion de bénéficiaires est même plus élevée chez les patients de médecine privée (78 %) que chez ceux suivis par le Centre (59.1 %).

Par ailleurs, les patients vus en urgence par les médecins du CEGER sont plus fréquemment bénéficiaires des prestations (56.5 %).

7.1.4 Quelques indicateurs de l'état de santé

L'état de santé a été appréhendé ici par le degré de dépendance et l'occurrence d'hospitalisation durant les 18 mois précédant la consultation. La dépendance du patient n'a pas été directement évaluée par le médecin, mais une échelle a été établie à partir de différents items évaluant les limitations rencontrées par la personne âgée dans sa vie quotidienne (voir annexe no 4). L'état de santé est différent dans les deux collectifs de patients (voir tableau 18). D'autre part, il varie à l'intérieur de chaque groupe en fonction de la forme des consultations (voir tableau 19).

Tableau 18

Variables décrivant l'état de santé

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
patient indépendant	64	27.2	1438	72.7 *
patient moyennement dépendant	116	49.4	383	19.4 *
patient très dépendant	55	23.4	157	7.9 *
patient hospitalisé au cours des 18 derniers mois	114	48.3	622	31.5*
dont à Bel-Air	19	16.7	9	1.5*

* Différence significative entre médecins du CEGER et médecins installés (test du X^2 , $\alpha=0.05$)

Le degré de dépendance est plus élevé au CEGER : près d'un quart des patients sont très dépendants et la moitié moyennement dépendants. Dans la clientèle des praticiens, près des trois quarts des personnes sont indépendantes. Les personnes de moins de 70 ans sont en majorité indépendantes dans les deux collectifs (CEGER : 61.4 %, médecins installés : 94.9 %). Dans la classe d'âge 70-84 ans, l'écart est important entre les deux groupes de patients : les trois quarts de ceux suivis par les médecins installés sont indépendants alors

que ceux pris en charge par le CEGER ne le sont que dans un quart des cas. Au delà de 85 ans, la proportion de patients très dépendants devient importante : 41.3 % au CEGER et 23.7 % chez les médecins installés.

La proportion des cas hospitalisés au cours des dix-huit derniers mois est supérieure au CEGER. Ces patients sont hospitalisés le plus souvent à l'Hôpital de gériatrie (53.5 % des hospitalisations), puis à l'Hôpital Cantonal (33.3 %). Chez les médecins installés, les hospitalisations ont d'abord lieu à l'Hôpital Cantonal (63.1 %), puis à l'HOGER (25.7 %). Les hospitalisations en milieu psychiatrique sont nettement plus fréquentes chez les patients du CEGER (16.7 % des hospitalisations) que chez les patients de médecine privée (1.5 %).

Tableau 19

Degré de dépendance en fonction de la forme de consultation

	médecins CEGER					
	Rue du Nant		Visite à domicile		Pension	
	N	%	N	%	N	%
indépendant	33	75	19	19	7	10
moy. dépendant	11	25	59	59	35	50
très dépendant	--	--	22	22	28	40

	médecins installés					
	Cabinet		Visite à domicile		Pension	
	N	%	N	%	N	%
indépendant	1290	88.6	78	28.9	14	8.6
moy. dépendant	154	10.6	140	51.9	61	37.7
très dépendant	12	8.0	52	19.3	87	53.7

Parmi les patients vus à la rue du Nant, aucun n'est très dépendant et les trois quarts indépendants. Chez les médecins installés, cette dernière proportion est également très élevée chez les personnes venant au cabinet. En ce qui concerne les patients vus à domicile, la répartition selon leur degré de dépendance est très proche entre les deux collectifs, ce qui pourrait indiquer une prise en charge similaire (même type de prise en charge à domicile ?). Les visites en pension concernent dans une proportion importante des patients très dépendants : cette part est plus élevée chez les médecins installés (53.7 %) qu'au CEGER (40 %).

Les consultations en urgence du CEGER sont souvent destinées à des patients très dépendants : 43.6 %.

La proportion de patients en médecine privée ayant été hospitalisés est plus élevée chez les personnes vues à domicile (54.1 %) et celles vues en pension (49.7 %) que dans l'ensemble du collectif.

Parmi les patients vus au CEGER même, la part de ceux qui ont été hospitalisés à Bel-Air est importante (42 % des hospitalisations), de même parmi ceux vus en urgence (20 %).

7.1.5 Prise en charge par des services d'aide à domicile

La majorité des patients du CEGER (73 %) ont recours à des services de prise en charge, cette proportion n'est que de 22.5 % dans l'échantillon (voir tableau 20). Mais cette différence est fortement influencée par le fait que les recours à d'autres intervenants à l'intérieur du CEGER sont pris en compte pour le CEGER. Plusieurs services peuvent intervenir auprès d'une même personne (d'où somme des % supérieure à 100 %).

Tableau 20

Recours à des services spécialisés

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
patients ayant recours	166	71.2	432	22.5*
dont, recours à :				
SASCOM		39.1		35.6
AMAF/SAF		51.8		59.7
Hospice général				
(repas chauds)		16.3		16.2
Foyers de jour		7.2		1.9
Hôpital de jour		4.2		1.9
CEGER (autres que				
médecin)		47.6		2.3

* Différence significative entre médecins du CEGER et médecins intallés (test du X², alpha=0.05)

Au CEGER, les recours prioritaires sont le Centre lui-même (assistants sociaux, infirmières, ergothérapeutes, pédicure, psychologue), puis les services d'aides ménagères et familiales et les infirmières à domicile. Les patients des médecins de ville ont en premier

lieu recours aux aides ménagères et familiales, et aux soins infirmiers. Il faut relever le fait que parmi les patients ayant besoin d'aide, les proportions de recours aux trois principaux services (SASCOM, AMAF/SAF, Hospice général) sont équivalentes entre les deux collectifs.

Il a déjà été signalé que la prise en charge conjointe entre un médecin du CEGER et un praticien privé est rare (six cas recensés).

Les clientèles vues au cabinet ont moins recours aux services que chacune des deux clientèles dans son ensemble (CEGER : 54.5 %, médecins installés : 15 %), il a été relevé qu'elles sont le plus souvent indépendantes. En revanche, celles vues à domicile y ont plus recours (CEGER : 83.5 %, médecins installés : 55.5 %). Parmi les patients du CEGER vus à domicile, on peut s'étonner que la part de recours au Centre même est plus basse que pour l'ensemble des patients (52.3 %). Les patients vus en urgence par le CEGER sont moins suivis par des services de prise en charge (60 %) alors que ceux des médecins privés le sont plus (32 %) que ne l'est l'ensemble de leurs clientèles respectives. Il est possible que les appels en urgence soient faits par ces services dans ce deuxième cas. Les patients vus en urgence par le CEGER sont plus suivis par le Centre (62.5 %).

Un indice de "cas lourds" a été calculé, c'est-à-dire que dans chaque collectif, les patients qui vivent à domicile, qui sont très dépendants et qui ont recours à des services de prise en charge ont été sélectionnés. On peut en effet considérer que ces cas constituent des maintiens à domicile limites dans la mesure où ils nécessitent de gros investissements (en terme de temps, de personnes). Parmi la clientèle suivie par le CEGER, 25 cas remplissent ces différentes conditions (10.5 % du collectif); parmi la clientèle des praticiens privés il y a 44 cas (2.2 %). Les proportions sont donc différentes, néanmoins quantitativement les médecins installés prennent en charge un nombre supérieur de ces cas limites.

7.2 Diagnostics posés lors de la consultation

En comparant les diagnostics posés par les médecins-assistants du CEGER et les médecins généralistes et internistes installés, on s'approche du profil des deux clientèles, mais avec un biais : la subjectivité du médecin, sa compétence dans les différents domaines de la médecine, dans le cas particulier, de la gériatrie. En effet, on peut faire l'hypothèse que, pour le médecin, le fait de placer un diagnostic en 1ère, 2ème ou 3ème position est influencé par l'approche générale qu'il a de son patient. En ce sens, on peut attendre que des médecins travaillant dans une structure spécialisée en gériatrie et attentive aux problèmes psycho-gériatriques comme le CEGER soient plus "sensibles" à certains aspects de la pathologie de leur patient, liés à l'âge, que les médecins ayant une clientèle d'âges plus variés.

Le tableau 21 montre la répartition (par ordre de fréquence) de l'ensemble des diagnostics indiqués par les médecins du CEGER et les médecins installés. Durant la période de référence de 2 semaines, les médecins du CEGER ont vu en consultation 239 patients et mentionné 598 diagnostics (en moyenne 2.5 par patient). Les catégories de diagnostics les plus représentées sont les affections psychiatriques (27.3 % des diagnostics), suivies par les affections cardio-vasculaires (24.4 %) et les "problèmes atypiques déficitaires" (7.7 %). Les médecins de l'échantillon ont effectué pendant la même période 1994 consultations et indiqué 4208 diagnostics (en moyenne 2.1 par patient) dont les plus fréquents étaient : les affections cardio-vasculaires (33.9 %), les affections rhumatologiques ou de l'appareil locomoteur (13.2 %) et les affections psychiatriques (8.2 %).

Tableau 21**Diagnostics par ordre de fréquence**

	médecins CEGER		médecins installés	
	N	%	N	%
Affections psychiatriques	163	27.3	344	8.2
Affections cardio-vasculaires	146	24.4	1425	33.9
Problèmes atypiques	46	7.7	60	1.4
Affections rhumatologiques	42	7.0	554	13.3
Affections neurologiques	38	6.4	172	4.1
Affections endocrinologiques	23	3.8	229	5.4
Problèmes sociaux	22	3.7	41	1.0
Cancers	20	3.3	197	4.7
Affections respiratoires	17	2.8	189	4.5
Affections digestives	16	2.7	226	5.4
Autres	14	2.3	206	4.9
Affections métaboliques	12	2.0	195	4.6
Affections ophtalmologiques	11	1.8	62	1.5
Affections génito-urinaires	10	1.7	108	2.6
Affections dermatologiques	7	1.2	66	1.6
Affections ORL	7	1.2	30	0.7
Affections hématologiques	4	0.7	50	1.2
N'est pas un diagnostic	--	--	47	1.1
Maladies infectieuses	--	--	7	0.2
	598	100	4208	100

Le tableau 22 indique les groupes de diagnostics qui sont le plus souvent mentionnés comme 1er, 2ème ou 3ème diagnostic.

Tableau 22

Groupes de diagnostics les plus fréquemment mentionnés comme 1er, 2ème ou 3ème diagnostics, au CEGER et dans l'échantillon des médecins installés

Médecins CEGER			Médecins installés		
1er diagnostic	N	%		N	%
Aff. psychiatrique	112	47	Aff. cardio-vasc	670	34
Aff. cardio-vasc	40	17	Aff. rhumatologique	241	12
Problèmes atypiques	26	11	Aff. psychiatrique	181	9
2ème diagnostic	N	%		N	%
Aff. cardio-vasc	61	29	Aff. cardio-vasc	545	37
Aff. psychiatrique	36	17	Aff. rhumatologique	189	13
Aff. rhumatologique	24	11	Aff. psychiatrique	104	7
3ème diagnostic	N	%		N	%
Aff. cardio-vasc	45	31	Aff. cardio-vasc	210	28
Aff. psychiatrique	15	10	Aff. rhumatologique	124	17
Aff. rhumatologique	12	8	Aff. psychiatrique	59	8

Chez les patients des médecins de l'échantillon, les trois groupes les plus souvent mentionnés sont toujours les mêmes, avec des fréquences proches, dans le même ordre, quelle que soit la position du diagnostic posé; ceci reflète que la plupart des patients de l'échantillon présentent une ou plusieurs des affections les plus fréquentes, simplement ordonnées différemment. Chez les patients du CEGER, les diagnostics psychiatriques sont plus fréquemment indiqués comme 1er diagnostic, les diagnostics cardio-vasculaires, comme 2ème et 3ème diagnostics et suggèrent un profil de clientèle plus typée (ou une sensibilité plus grande des médecins à l'aspect psychiatrique de la pathologie du patient).

Si l'on compare l'évolution de la fréquence des premiers diagnostics selon la classe d'âge (voir tableau 23), on constate des différences importantes entre le CEGER et l'échantillon.

Tableau 23

Premiers diagnostics les plus fréquemment mentionnés selon la classe d'âge, au CEGER et dans l'échantillon des médecins installés

Médecins CEGER			Médecins installés		
< 70 ANS	N	%		N	%
Aff. psychiatrique	30	68	Aff. cardio-vasc	147	30
Aff. cardio-vasc	5	11	Aff. rhumatologique	61	13
Aff. endocrinologique	2	5	Aff. psychiatrique	47	10
70 - 84 ANS	N	%		N	%
Aff. psychiatrique	60	50	Aff. cardio-vasc	389	35
Aff. cardio-vasc	18	15	Aff. rhumatologique	135	12
Problèmes atypiques	12	10	Aff. psychiatrique	95	8
> 85 ANS	N	%		N	%
Aff. psychiatrique	22	29	Aff. cardio-vasc	131	36
Aff. cardio-vasc	17	23	Aff. rhumatologique	45	12
Problèmes atypiques	13	17	Aff. psychiatrique	39	11

Dans la clientèle des médecins de l'échantillon, quelle que soit la classe d'âge, la répartition par catégories des premiers diagnostics reste stable. Au contraire au CEGER, selon l'âge se dessinent trois profils différents de clientèle.

Les patients les plus jeunes sont avant tout des patients psychiatriques. La proportion de diagnostics psychiatriques diminue dans les classes d'âge plus âgées. Dans ces classes d'âges, la clientèle présente un profil plus varié qui tend à se rapprocher de celle des médecins installés.

Il faut relever que, dans chaque classe d'âge, le nombre absolu de patients avec premier diagnostic psychiatrique est plus grand chez les médecins praticiens (et peut être multiplié par environ 6 si l'on veut considérer le volume total des patients semblables pris en charge par des médecins installés).

Les diagnostics psychiatriques se répartissent de façons différentes dans la clientèle des médecins installés et celle du CEGER. Rappelons que la signification d'un diagnostic

psychiatrique peut varier dans les deux groupes de médecins. Si les états dépressifs et/ou anxieux prédominent dans les deux groupes, les diagnostics de démence viennent au second rang dans le groupe de patients des médecins de l'échantillon alors que les diagnostics de psychose/schizophrénie se placent au second rang chez ceux suivis par le CEGER (voir tableau 24).

Tableau 24

Diagnostics psychiatriques groupés : répartition chez les patients de l'échantillon et du CEGER

Médecins CEGER	N	%	Médecins installés	N	%
Etat dépressif/anxieux	42	37	Etat dépressif/anxieux	109	62
Psychose/schizophrénie	38	33	Démence	40	23
Démence	20	18	Psychose/schizophrénie	16	9
Autres	14	12	Autres	11	6

Si l'on considère, dans chacune des trois classes d'âges (moins de 70 ans, 70-84 ans, 85 ans et plus), deux sous-groupes : les patients pour lesquels la consultation a lieu en pension et ceux pour lesquels la consultation a lieu soit au domicile, soit au cabinet, soit par téléphone, on arrive à définir, du point de vue des diagnostics, des clientèles particulières qui permettent de mieux saisir les différences et les similitudes dans les profils des patients du CEGER ou des médecins de l'échantillon.

Patients de moins de 70 ans : les médecins installés et ceux du CEGER suivent une clientèle très différente. Au CEGER, 72 % des patients vus en-dehors d'une pension et 51 % de ceux vus en pension (rares) portent comme premier diagnostic un diagnostic psychiatrique. Dans l'échantillon, le premier diagnostic le plus fréquent est l'affection cardio-vasculaire (30 %) pour les patients vus en-dehors de pension, et il n'y a pratiquement pas de patients vus en pension.

Patients de 70-84 ans : au CEGER, 51 % des patients hors pension et 37 % des patients en pension ont un premier diagnostic psychiatrique (diagnostic le plus fréquent dans les deux groupes). Dans la clientèle des praticiens, le premier diagnostic le plus fréquent est encore l'affection cardio-vasculaire (35 % pour les patients hors pension, 29 % pour les patients en pension). Mais dans cette tranche d'âge, les médecins de l'échantillon commencent à suivre davantage de patients à premier diagnostic psychiatrique (7.6 % hors pension, 3e rang de fréquence des premiers diagnostics, 23 % en pension, 2e rang de fréquence).

Patients de 85 ans et plus : c'est dans cette tranche d'âge que les clientèles du CEGER et de l'échantillon sont les plus "proches" : hors pension, les premiers diagnostics les plus fréquents sont les affections cardio-vasculaires dans les deux groupes (CEGER : 31 %, médecins installés : 42 %) alors qu'en pension les premiers diagnostics psychiatriques deviennent les plus fréquents dans les deux groupes (CEGER : 48 %, médecins installés : 20 %).

Les diagnostics **sociaux** sont mentionnés peu fréquemment autant par les médecins de l'échantillon (1 % du total des diagnostics) que par ceux du CEGER (4 %). Ce groupe de diagnostic comprend alcoolisme, toxicomanies, misère et isolement sociaux, malnutrition. Un diagnostic "social" est mentionné comme premier diagnostic pour 8 patients du CEGER et 8 patients des médecins installés.

Quelques diagnostics méritent d'être traités à part : ce sont les diagnostics reliés à des problèmes spécifiques aux personnes âgées ou reconnus pour être à l'origine de difficultés de maintien dans un cadre de vie normal, comme les chutes, les vertiges, l'incontinence urinaire et/ou fécale, l'ostéoporose, les troubles visuels graves. La mesure du nombre de ces diagnostics est moins un indicateur de leur fréquence que de la tendance des médecins à les considérer comme suffisamment importants pour figurer dans les trois principaux diagnostics.

Les **chutes** : ce diagnostic apparaît 14 fois dans les consultations des médecins installés (dont 10 fois en 1er diagnostic) et 3 fois au CEGER (1 fois en 1er diagnostic).

Les **vertiges** : ce diagnostic est mentionné 24 fois, seulement par les médecins installés (dont 9 fois en 1er diagnostic).

L'**incontinence** : elle apparaît 7 fois chez les patients des médecins installés, 4 fois au CEGER et jamais comme 1er diagnostic.

L'**ostéoporose** : ce diagnostic apparaît 44 fois dans les consultations des médecins installés (dont 20 fois en 1er diagnostic) et 3 fois au CEGER (jamais en 1er diagnostic).

Les **troubles visuels graves** (malvoyance ou cécité indiquées clairement) : ils sont mentionnés 23 fois par les médecins installés, 8 fois par les médecins du CEGER.

7.3 Prestations fournies par le CEGER et les médecins installés

7.3.1 Prestations médicales

Elles sont présentées dans le tableau 25.

Tableau 25

Prestations fournies lors de la consultation

	médecins CEGER	médecins installés
	%	%
anamnèse,		
complément d'anamnèse	68.6	68.6
status complet	3.8	18.6
status partiel	70.7	72.0
ordonnance	41.0	67.6
examen (sang, urine)	10.5	13.4
examen radiologique	2.5	5.2
entretien, conseil	38.5	30.8
psychothérapie	23.4	9.5

Les anamnèses, compléments d'anamnèse et les status partiels sont pratiqués en proportions équivalentes au CEGER et en médecine privée. Les praticiens font plus de status complets et prescrivent plus de médicaments. Les examens de sang, urine et les radios sont des prestations relativement peu courantes dans les deux groupes.

Les médecins du CEGER fournissent un peu plus d'entretiens et de psychothérapies.

Par rapport à l'ensemble des deux collectifs, quelques variations apparaissent en fonction du type de consultations. Les consultations au CEGER même comprennent moins d'entretiens (18.2 %), mais plus de psychothérapie (59.1 %), ceci étant vraisemblablement lié à un profil de clientèle spécifique (patients "jeunes", ayant un passé psychiatrique). Lors de consultations à domicile, la proportion d'entretiens augmente dans les deux collectifs (CEGER : 45.6 %, médecins installés : 39.8%) tandis que la psychothérapie diminue (18.4 %, 6.4 %).

Les consultations en urgence faites par les médecins du CEGER donnent lieu à plus d'entretiens (48.8 %) et moins de psychothérapie (17.1 %); dans ces situations les médecins installés pratiquent moins d'entretiens (20.0 %).

7.3.2 Mesures prises à la suite de la consultation

Les suites de la consultation sont dans la majorité des cas un contrôle par le médecin, ceci aussi bien en pratique privée qu'au CEGER. Les transferts à un autre médecin et les hospitalisations sont plus fréquents au Centre, mais il s'agit quand même de mesures relativement rares (voir tableau 26).

Tableau 26

Mesures suite à la consultation

	médecins CEGER	médecins installés
	%	%
pas de contrôle	1.3	6.2
contrôle	83.9	89.2
transfert à un		
autre médecin	5.5	1.1
hospitalisation	6.8	1.9
autres	2.5	1.6

Les mesures prises suite à une consultation urgente sont différentes de celles suivant une consultation normale, notamment au CEGER : 27.5 % des patients sont transférés à un autre médecin et 20 % sont hospitalisés; de ce fait seuls 42.5 % de contrôles sont prévus. Ceci met en évidence une fonction particulière du CEGER qui est celle de "débrouiller" une situation de crise et d'orienter le patient vers les structures adéquates. En urgence, les médecins installés transfèrent également un peu plus de patients (4.0 %), en hospitalisent plus (10.3 %) qu'ils ne le font sur l'ensemble des consultations et les contrôles diminuent (78.7 %).

7.3.3 Durée des consultations

Les consultations sont en moyenne plus longues au Centre de gériatrie (médiane à 30 minutes, médecins installés : 20 minutes), ce qui peut être dû au fait qu'ils pratiquent plus de psychothérapies. Le tableau 27 montre une répartition de ces durées : les longues consultations sont plus fréquentes au CEGER.

Tableau 27**Répartition des durées des consultations**

	médecins CEGER	médecins installés
	%	%
1 - 9 min	0.9	5.0*
10 - 19 min	9.5	27.2*
20 - 29 min	34.9	33.5 n.s.
30 - 39 min	14.2	22.5*
40 - 49 min	30.6	9.0*
50 - 59 min	0.4	1.1 n.s.
60 min et plus	9.5	1.7*

Les durées de consultations varient en fonction des caractéristiques de la consultation (voir tableau 28).

Tableau 28**Durée des consultations : médiane (minutes)**

	médecins CEGER	médecins installés
ensemble des consultations	30	20
consultation au cabinet	30	20
visite à domicile	40	25
visite en pension	20	15
consultation urgente	30	20

Les consultations sont dans tous les cas plus longues au CEGER. D'autre part, la médiane de la durée varie toujours dans le même sens entre les deux groupes; les consultations les plus longues sont dans les deux cas les visites à domicile, les plus courtes celles en pension.

Le profil de la clientèle des médecins installés est sur de nombreux points proche de celui de l'ensemble de la population âgée du canton (enquête des 1000 [6]) (voir tableau 29), mis à part le fait que la population suivie au niveau médical est plus âgée : 38 % a plus de

80 ans, alors que l'ensemble des personnes de plus de 80 ans représente 20 % de la population en âge AVS. Ceci montre que la consommation médicale s'accroît avec l'âge.

Tableau 29

**Comparaison clientèle des médecins installés et ensemble de la population âgée
(enquête des 1000)**

	médecins installés	enquête des 1000
65 - 69 ans	18 %	32 %
70 - 74 ans	16 %	28 %
75 - 79 ans	21 %	20 %
80 - 84 ans	20 %	13 %
85 - 89 ans	13 %	5 %
90 ans et plus	5 %	2 %
femmes	69 %	63 %
hommes	31 %	37 %
marié	43 %	48 %
célibataire	10 %	10 %
divorcé/séparé	6 %	7 %
veuf	42 %	35 %
vit seul	41 %	38 %
prestations complémentaires	23 %	19 %

Pour résumer ce chapitre, on peut relever que :

Le CEGER n'a pas une clientèle à profil homogène, mais plusieurs types de clientèles dont deux très distinctes : une **clientèle "jeune"** (moins de 70 ans) composée majoritairement de patients portant un diagnostic psychiatrique (une partie d'entre eux ont été remis au CEGER par les Institutions universitaires de psychiatrie) et une **clientèle très âgée**, moyennement à très dépendante, pour laquelle les diagnostics somatiques sont les plus fréquents, lorsqu'il s'agit de patients vus "ambulatoirement", à domicile ou au CEGER, et les diagnostics psychiatriques les plus souvent mentionnés lorsqu'il s'agit de patients vus en pension.

C'est dans cette part de consultations données aux personnes très âgées que le CEGER se distingue le moins des médecins praticiens : le CEGER voit proportionnellement davantage de patients très âgés que les médecins installés, mais les clientèles ont un profil assez proche.

Les médecins généralistes et internistes du canton ont beaucoup de patients d'âge gériatrique dans leur consultation, mais évidemment en proportion moindre que le CEGER. Ils peuvent assumer des patients âgés avec une pathologie complexe (médico-psycho-sociale) et travaillent, le cas échéant, en coordination avec différents services de prise en charge (SASCOM, AMAF, SAF, CEGER). Dans leur ensemble, les praticiens installés voient davantage de patients (c'est-à-dire en nombre absolu) à pathologie complexe que le CEGER. Bien entendu, la charge que représente ces patients complexes est répartie sur un nombre plus grand de médecins.

Les quatre sous-groupes de médecins installés, basés sur l'année d'observation du diplôme et sur le lieu d'installation, présentent peu de différences entre eux sur le profil de leurs consultations aux personnes âgées. En revanche, les généralistes et les internistes ont un profil de consultation un petit peu différent. Les généralistes voient des patients un peu plus âgés, très souvent dépendants et consultent plus souvent à domicile ou en pension que les internistes. En cela, ce sont les généralistes qui se rapprochent le plus du CEGER en terme de profil de clientèle.

Sur l'ensemble des consultations données, les principales différences de profil de patients portent surtout sur les variables suivantes (écart le plus grand entre les praticiens et le CEGER) :

- a) La forme de consultation : les médecins installés consultent surtout **en cabinet** des patients qu'ils connaissent déjà. Le CEGER consulte surtout **à domicile** et **en pension**. La rotation de ses patients est plus grande et les consultations en urgence plus fréquentes que chez les praticiens.
- b) Le type de patients : le CEGER suit davantage des patients **non mariés, vivant seuls** et **bénéficiant des prestations complémentaires**.

Les patients du CEGER sont beaucoup plus souvent dépendants que ceux des médecins de la ville et portent plus souvent un diagnostic psychiatrique.

Ces différences concernent le profil des deux clientèles dans leur ensemble. L'étude, telle qu'elle a été proposée, ne pouvait prendre en compte de façon détaillée les caractéristiques de chaque patient et ne permet donc pas de répondre à une hypothèse sous-jacente à ces résultats : les différences observées au niveau de la clientèle correspondraient à des différences au niveau des patients eux-mêmes. En d'autres termes, le patient du CEGER pourrait être, à caractéristiques égales, un peu plus "psychiatrique", un peu plus "social" que celui consultant en médecine privée.

8. CONSULTATION DE PSYCHO-GERIATRIE (COPSY)

Cette consultation a été créée en 1965 et rattachée par la suite au Centre de gériatrie; elle fonctionne à l'Hôpital cantonal et à Beau-Séjour. Aucun lit ne lui est rattaché. Elle revendique un rôle de psycho-gériatrie de liaison dont les principaux objectifs sont [20]:

- évitement de l'hospitalisation abusive par la mise en place de solutions alternatives (p.ex intervention précoce, lors du passage au CMCE)
- prise en charge des patients présentant des problèmes psychogériatriques et/ou sociaux durant leur séjour à l'hôpital (décompensations), action de sensibilisation auprès des équipes soignantes pour éviter de telles décompensations
- continuité des soins par l'organisation des suites du traitement hospitalier

La présente étude a :

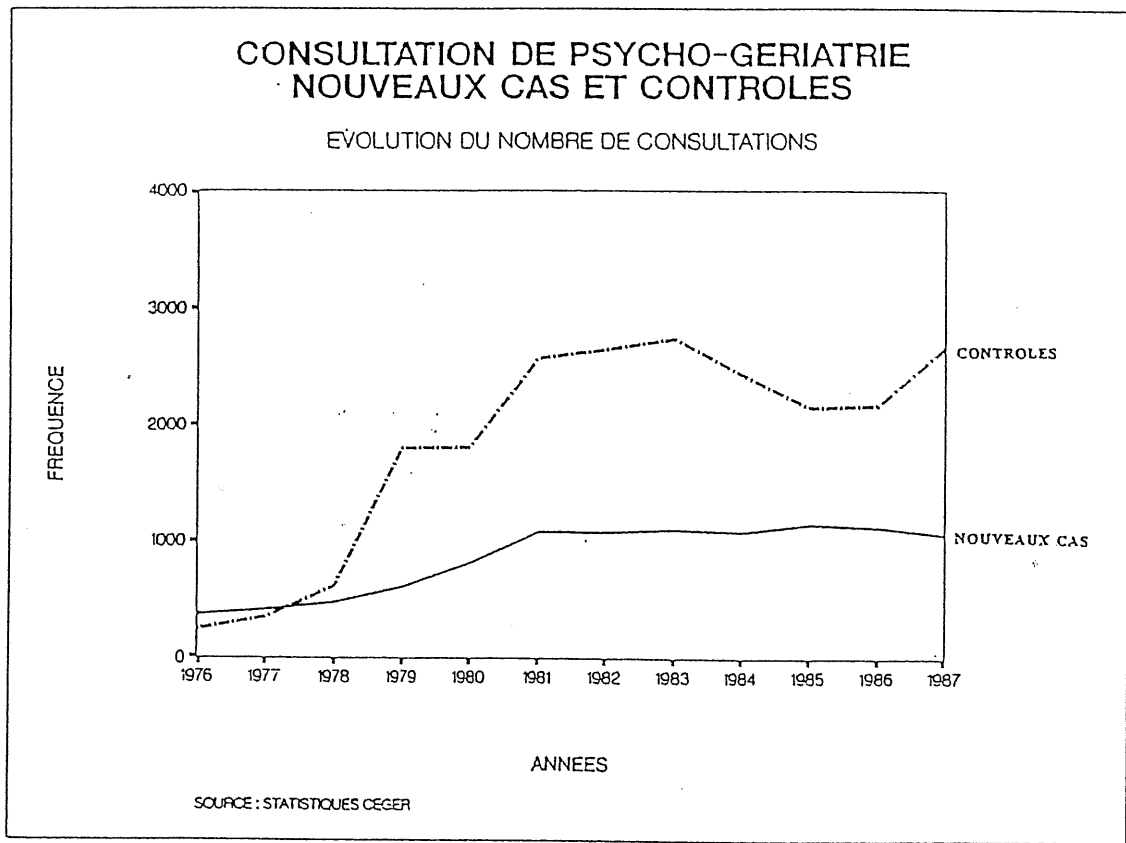
1. examiné l'évolution de l'activité du COPSYP de 1977 à 1987 sous plusieurs aspects :
 - volume et nature des prestations fournies
 - nature de la demande des prestations
2. examiné l'adéquation entre les objectifs d'intervention du COPSYP et la demande venant des services, ainsi qu'une éventuelle évolution de son rôle et de ses attributions durant la même période.
3. caractérisé les liens existants entre le COPSYP et ses partenaires institutionnels, relevé les besoins exprimés par les uns et les autres.

8.1 Activité du COPSYP

8.1.1 Volume d'activité

L'activité du COPSYP s'est considérablement développée durant ces dix années, avec un nombre total de consultations qui a passé de 776 en 1977 à 3'745 en 1987, avec un pic de 3'856 en 1983. Le type de suivi de patients s'est modifié : en 1977, les nouveaux cas représentaient 55 % de la consultation; en 1983, 29 % et en 1987, 28 %. Le nombre de contrôles a augmenté plus fortement que le nombre de nouveaux cas. En fait, depuis 1981, le nombre de nouveaux cas s'est stabilisé autour de 1'100 par année et le nombre de contrôles entre 2 et 2.5 par patient (voir figure 6).

Figure 6



Ce changement de l'activité est allé de pair avec une augmentation des effectifs médicaux qui sont passés de un médecin en 1977 à cinq en 1987 (deux chefs de clinique et trois assistants).

8.1.2 Population consultante

Les femmes représentent 65 % des demandes de consultation, les hommes 35 %. Cette proportion est semblable pour les trois périodes de référence concernées (1977-78, 1983, 1987). Pour l'ensemble des admissions de l'Hôpital cantonal, les femmes représentent 60 % de la population gériatrique en 1983 et 57 % en 1987. Elles sont donc légèrement sur-représentées dans la consultation du COPSYP.

Si l'on répartit les patients du COPSYP selon la classe d'âge (voir tableau 30), on observe entre 1977 et 1987 une tendance à l'augmentation des cas de moins de 70 ans (11 % en 1977-78, 22 % en 87), une évolution en dents de scie des cas très âgés (19 % en 1977-78, 26 % en 83, 13 % en 87).

Durant cette période, la population gériatrique de l'Hôpital cantonal a augmenté aussi, passant de 17'467 cas en 1983 à 20'379 en 1987 (les données manquent pour 1977 et 78).

On constate qu'en 1987, la répartition par classes d'âge des patients du COPSYP est tout à fait superposable à celle de l'ensemble des patients gériatriques hospitalisés à l'Hôpital cantonal : les patients "jeunes" (moins de 70 ans) ne sont plus sous-représentés comme en 1983 et les patients très âgés (plus de 85 ans) ne sont plus surreprésentés.

Tableau 30

Répartition des patients du COPSYP et de l'Hôpital Cantonal de Genève selon la classe d'âge.

Années 1977-78, 1983, 1987

	ensemble	77-78	83		87	
	COPSYP	COPSYP	COPSYP	HC	COPSYP	HC
< 70 ans	15 %	11 %	11 %	23 %	22 %	24 %
70 - 74 ans	21 %	22 %	21 %	22 %	18 %	20 %
75 - 79 ans	26 %	30 %	21 %	23 %	26 %	22 %
80 - 84 ans	20 %	18 %	21 %	18 %	20 %	18 %
> 85 ans	20 %	19 %	26 %	14 %	14 %	16 %

En ce qui concerne les durées de séjour : sur les trois périodes de référence, 15 % des demandes sont faites pour des patients qui séjournent à l'Hôpital de 1 à 5 jours, 38 % pour des patients qui séjournent de 6 jours à 1 mois, 22 % pour des patients dont la durée de séjour est de 1 ou 2 mois, 30 % dont la durée de séjour est plus longue que 2 mois. Entre 1977 et 1987, la proportion de demandes pour des patients faisant des courts séjours a diminué et celle faisant de très longs séjours augmenté; ces changements sont attribuables à la diminution des demandes émanant du CMCE (séjours courts) et à l'augmentation des demandes venant de Beau-Séjour (séjours longs).

8.1.3 Services demandeurs de consultations

Le tableau 31 montre la répartition par année des demandes des services regroupés de la façon suivante :

- la Médecine (Services de Médecine I et II)
- la Chirurgie (chirurgie abdominale et chirurgie orthopédique)
- le CMCE
- Beau-Séjour

- tous les services restants sont mentionnés sous la rubrique "autres"

Tableau 31

Demandes de consultations selon les services demandeurs du COPS Y.

Années 1977-78, 1983, 1987

	ensemble	77-78	83	87
Médecine	35 %	37 %	36 %	32 %
CMCE	15 %	22 %	13 %	12 %
Chirurgie	12 %	13 %	14 %	9 %
Beau-Séjour	28 %	18 %	28 %	35 %
Autres	10 %	10 %	9 %	12 %

Sur l'ensemble de la période (1977-1987), deux des cinq groupes (Médecine et Beau-Séjour) sont à l'origine, à eux seuls, des 2/3 environ des demandes de consultation, mais on observe une évolution entre 1977-78 et 1987. En 1977-78, la Médecine (37 %) et le CMCE (22 %) étaient les services les plus demandeurs de consultations. En 1983, les deux principaux services demandeurs étaient la Médecine et Beau-Séjour, en 1987 Beau-Séjour (35 %) puis la Médecine (32 %). Durant la période étudiée, les demandes de Médecine et Chirurgie restent stables, celles du CMCE diminuent de moitié, celles de Beau-Séjour doublent. L'augmentation des demandes venant de Beau-Séjour correspond probablement davantage à l'intégration progressive des médecins du COPS Y à Beau-Séjour (intégration à l'équipe) qu'à un changement de clientèle dans ce service.

En revanche la diminution (en pourcentage et en chiffres absolus) des demandes émanant du CMCE, qui a eu lieu entre 1977-78 et 83, est moins facilement compréhensible : en effet les consultations effectuées au CMCE correspondent à un des objectifs importants de la psychiatrie de liaison réalisée par le COPS Y (gestion des admissions, aiguillage vers les services adéquats, éventuellement évitement de l'hospitalisation).

La proportion de demandes de consultation à caractère urgent est faible et diminue de 1977 à 1987 (de 10 % à 3 %), ce qui correspond probablement à un investissement en diminution au CMCE de la part du COPS Y.

L'incidence de la demande de consultations dans chaque service demandeur (nombre de patients pour lesquels une consultation a été demandée/nombre total de patients hospitalisés dans le service) n'a malheureusement pu être calculée que pour les années 1983 et 1987, la ventilation des patients par service pour les années 77-78 pour l'ensemble de l'Hôpital Cantonal n'étant pas disponible (voir tableau 32).

Tableau 32

Incidence de la demande de consultation au COPSYP selon les services demandeurs (groupés) en 1983 et 1987

	1983	1987
Médecine	11 %	10 %
CMCE	2 %	2 %
Chirurgie	8 %	5 %
Beau-Séjour	31 %	27 %
Autres	2 %	3 %

Beau-Séjour est donc le service qui a recours au COPSYP pour la proportion la plus élevée de ses patients, suivi par la Médecine et la Chirurgie. Ce faible pourcentage de demandes au CMCE est dû en partie au fait que les consultations ambulatoires de ce service sont nombreuses et comptabilisées avec les hospitalisations.

Entre 1983 et 1987, la proportion de patients vus par le COPSYP dans chaque service est assez stable.

8.1.4 Motifs de la demande de consultation

Les motifs de la demande de consultation sont normalement indiqués par le médecin demandeur sur une feuille ad hoc qui parvient au COPSYP. Malheureusement, si ces feuilles sont restées incluses dans le dossier pour les années 1977-78, elles manquaient en 1983 et en 1987. Pour ces années-là, le motif de la demande retenu a été celui indiqué par le médecin du COPSYP dans son rapport.

Deux indications ont été retenues :

- 1) Le motif principal de la demande (une seule réponse possible)
- 2) La sémilogie clinique ou le contexte justifiant la demande (pourquoi et chez quel genre de patient la demande est-elle faite ?). Sous cette rubrique les intitulés des problèmes ont été enregistrés tels qu'ils apparaissaient dans les dossiers. Par la suite, ils ont été regroupés en grandes catégories. Plusieurs réponses étaient possibles.

Le tableau 33 montre la répartition par année des motifs principaux, le tableau 34 celle de la sémilogie clinique ou du contexte.

Tableau 33

Motif principal de la demande de consultation selon les années :			
	1977-78	1983	1987
bilan psycho-gériatrique	28 %	67 %	65 %
bilan général (incluant bilan somatique)	1 %	1 %	1 %
demande de transfert	28 %	4 %	5 %
organisation de sortie	19 %	11 %	5 %
mise au point de traitement	17 %	6 %	9 %
évaluation du degré de discernement	3 %	2 %	1 %
aide diagnostique	3 %	0 %	2 %
demande de prise en charge			
psychothérapeutique	0 %	1 %	1 %
motif non précisé	0 %	7 %	8 %
autres	1 %	1 %	2 %

Si l'on considère les motifs généraux de la demande de consultation, on observe que :

- en 1977-78, les motifs principaux se répartissent en quatre catégories qui couvrent plus de 90 % des demandes : les demandes de bilan psycho-gériatrique, les demandes de transfert, les organisations de sortie, les règlements de traitement.
- En 1983 et 1987, l'éventail des demandes se resserre pour se concentrer sur des demandes de bilan psycho-gériatrique qui représentent les 2/3 des demandes; mais il faut se rappeler que pour ces années, en l'absence des formulaires originaux, la demande est vue à travers le consultant. Il est donc difficile d'affirmer que le type de demande de consultation se soit modifié dans ces proportions, quoique les tendances vers l'augmentation du nombre de demandes de bilan est confirmée par d'autres données (voir motifs secondaires, diagnostics, interviews des chefs de clinique des services demandeurs).
- Même si l'organisation des sorties est un motif qui diminue dans les demandes, les propositions pour l'organisation de sortie faites par le consultant restent stables au cours du temps et sont même supérieures à la demande, puisqu'elles concernent environ 30 % des cas pour chaque période (donnée non représentée dans le tableau 33).

Tableau 34

**Sémiologie clinique ou contexte justifiant la demande de consultation selon les années
(plusieurs réponses possibles)**

	1977-78	1983	1987
dépression	29 %	31 %	43 %
tentamen	5 %	5 %	4 %
état anxieux	9 %	5 %	8 %
désorientation, perte de mémoire, démence	34 %	19 %	7 %
coma	3 %	9 %	3 %
trouble du comportement avec hyper-activité (agitation, fugue, etc)	18 %	18 %	12 %
trouble du comportement avec hypo-activité (apathie, anorexie, etc)	4 %	3 %	2 %
alcoolisme et/ou autre toxicomanie	7 %	6 %	3 %
problème relationnel avec l'équipe soignante	9 %	6 %	7 %
problème social	5 %	1 %	1 %
antécédent psychiatrique	16 %	14 %	17 %
délire	8 %	2 %	6 %
autres	5 %	2 %	9 %

La sémiologie clinique ou le contexte de la demande de consultation ont subi quelques évolutions :

En 1977-78, quatre catégories apparaissent fréquemment dans les demandes adressées au COPSYP :

- 1) la désorientation, perte de mémoire ou démence (34 %)
- 2) la dépression (29 %)
- 3) les troubles du comportement (18 %)
- 4) les antécédents psychiatriques connus chez le patient (16 %).

Par la suite, la dépression entre de plus en plus souvent dans le contexte motivant la demande, alors que la désorientation/ perte de mémoire/ démence diminue. Les troubles de comportement de type hyper-actif et les antécédents psychiatriques restent présents dans les mêmes proportions.

8.1.5 Quel service demande quel type de consultation et dans quel contexte ?

Sur l'ensemble des trois périodes examinées, les motifs généraux de la demande de consultation varient selon les services demandeurs (voir tableau 35).

Tableau 35

Motif principal de la demande de consultation selon le service demandeur (regroupés), ensemble des périodes

Médecine		CMCE	
1. bilan psycho-gériatrique	53 %	1. demande de transfert	35 %
2. organisation de sortie	15 %	2. bilan psycho-gériatrique	32 %
3. mise au point de traitement	15 %	3. motif non précisé	22 %
Chirurgie		Beau-Séjour	
1. bilan psycho-gériatrique	55 %	1. bilan psycho-gériatrique	70 %
2. organisation de sortie	16 %	2. mise au point de traitement	12 %
3. demande de transfert	14 %	3. organisation de sortie	8 %

Ces motifs évoluent dans le temps :

Pour la Médecine : on part en 1977-78 d'une demande très diversifiée qui se restreint peu à peu au bilan psycho-gériatrique (63 % en 1987), surtout aux dépens des organisations de sortie (22 % des demandes en 1977-78, 6 % en 1987).

Pour le CMCE : la demande est peu diversifiée, souvent non précisée, et concerne essentiellement des demandes de transfert (à Bel-Air, à l'Hoger ou au Cesco) et des bilans.

Pour la Chirurgie : la demande est peu diversifiée, portant surtout sur les bilans. Les organisations de sortie tendent à diminuer.

A Beau-Séjour : la demande tend à devenir plus large, les demandes de bilan psycho-gériatrique étaient encore plus fréquentes en début de période (77-78).

La sémiologie clinique ou le contexte de la demande de consultation sont aussi différents selon les services demandeurs (voir tableau 36).

Tableau 36

Sémiologie clinique ou contexte justifiant la demande de consultation selon le service demandeur (regroupés), ensemble des périodes

Médecine		CMCE	
1. dépression	36 %	1. antécédent psychiatrique connu	28 %
2. désorientation/démence/ perte de mémoire	20 %	2. désorientation/démence/ perte de mémoire	24 %
3. trouble du comportement avec hyper-activité	15 %	3. tentamen	17 %
4. antécédent psychiatrique	13 %	4. trouble du comportement avec hyper-activité	15 %
Chirurgie		Beau - Séjour	
1. dépression	39 %	1. dépression	40 %
2. désorientation/démence/ perte de mémoire	36 %	2. trouble du comportement avec hyper-activité	19 %
3. antécédent psychiatrique	27 %	3. désorientation/démence/ perte de mémoire	11 %
4. trouble du comportement avec hyper-activité	21 %	4. antécédent psychiatrique	10 %

Dans chaque service, on peut observer une évolution des situations pour lesquelles les différents services demandent une consultation au COPS Y :

En Médecine, la proportion des demandes concernant les dépressions augmente (30 % des demandes en 1977-78, 49 % des demandes en 1987), ainsi que les demandes concernant des patients avec antécédents psychiatriques connus (8 % - 18 %). En revanche, les patients présentant un état de désorientation, des pertes de mémoire ou de démence apparaissent moins souvent dans la consultation du COPS Y (de 30 % à 6 %), de même que les patients ayant des troubles du comportement (de 20 % à 8 %).

Au CMCE, les patients pour lesquels on demande l'aide du COPS Y sont de plus en plus des patients psychiatriques connus (20 % des demandes en 1977-78 - 44 % des demandes en 1987) ou des patients ayant fait un tentamen (5 % - 27 %) mais de moins en moins des personnes ayant des troubles du comportement (17 % - 5 %). Il n'y a pas de variation pour les patients présentant des signes de désorientation. Toutefois une bonne partie des

demandes du CMCE ne porte pas des motifs clairs de demandes de consultation (peut-être en relation avec l'urgence des situations), ce qui rend les interprétations difficiles.

En Chirurgie, comme en Médecine, on observe une tendance accrue à demander des consultations pour dépression (14 % à 64 %) et une diminution des demandes pour des patients déments ou désorientés (42 % à 0 %).

A Beau-Séjour, les demandes pour dépression restent stables, on observe là aussi une diminution des demandes pour des patients déments ou désorientés et pour des patients psychiatriques connus.

L'âge du patient pour lequel la demande est faite varie selon les services : au CMCE on appellera pour des patients plus jeunes, à Beau-Séjour pour des patients plus âgés, ceci n'est pas lié à la structure d'âge dans ces services. Si on étudie toute la période, il existe en Médecine une tendance au "rajeunissement des demandes" (10 % de personnes de moins de 70 ans en 1977, 22 % en 87). La même tendance existe aussi au CMCE (20 % en 1977-78, 45 % en 87).

Notons que la clientèle des différents services généraux de l'Hôpital cantonal (Médecine, Chirurgie, Beau-Séjour, CMCE) présente une répartition par classes d'âges assez semblable, qui est restée stable entre 1983 et 1987 (voir tableau 37).

Tableau 37

Profil d'âge de la clientèle des principaux services (groupés) de l'Hôpital Cantonal

	Médecine		CMCE		Chirurgie		Beau - Séjour	
	83	87	83	87	83	87	83	87
< 70 ans	19 %	18 %	20 %	20 %	24 %	22 %	18 %	15 %
70-74 ans	22 %	19 %	20 %	18 %	21 %	19 %	19 %	16 %
75-79 ans	24 %	23 %	23 %	22 %	23 %	22 %	22 %	23 %
80-84 ans	21 %	23 %	20 %	20 %	17 %	19 %	22 %	26 %
> 85 ans	14 %	17 %	17 %	20 %	15 %	18 %	18 %	20 %

Moment de la consultation : le fait de savoir si la consultation psycho-gériatrique est faite plutôt au début ou en fin de séjour peut donner une information complémentaire sur l'utilisation de ce service. Un indice a été établi (durée de séjour précédant la consultation/durée de séjour totale) indiquant si la consultation a eu lieu plutôt près de l'entrée à l'hôpital que près de la fin du séjour. Cet indice a été mesuré pour les séjours courts (1 à 5 jours), moyens (6 à 30 jours), longs (31 à 60 jours) ou très longs (> 60 jours).

Pour 1977-78 et 1983 : quelle que soit la durée du séjour, les consultations se font dans la première moitié du séjour, ou en tout cas le pic le plus important de cet indice a lieu au début du séjour. En revanche, en 1987, on ne retrouve plus cette tendance générale vers la consultation précoce. Pour les durées courtes et longues, la consultation se fait au début du séjour; pour les moyennes et les très longues, plutôt à la fin du séjour, et surtout il n'y a pas de pic important. Ceci pourrait indiquer que l'on passe d'une consultation de "débrouillage", d'orientation, à une consultation répondant à des demandes plus précises en fonction de situations peut-être plus aiguës, survenant à des moments très divers de l'hospitalisation.

8.1.6 Diagnostiques posés

Les diagnostics posés par les consultants du COPS Y ont été enregistrés tels que notés sur le rapport de consultation, puis recodés. Ils comprenaient en général un diagnostic principal et un deuxième diagnostic qui précisait le contexte du premier.

La fréquence de ces deux types de diagnostics est représentée aux tableaux 38 et 39 pour l'ensemble des périodes étudiées.

Tableau 38**Répartition des diagnostics principaux pour l'ensemble des périodes étudiées**

1. état dépressif ou dépressivo-anxieux	17.4 %
2. état dépressif ou dépressivo-anxieux réactionnel	11.5 %
3. état anxieux	2.2 %
4. état anxieux réactionnel	3.1 %
5. affaiblissement intellectuel, début de démence, détérioration, démence vasculaire, focale, inhomogène, etc.	15.4 %
6. démence (sénile, mixte, etc.)	9.8 %
7. Alzheimer	0.4 %
8. démence alcoolique	1.2 %
9. état confusionnel, syndrome psycho-organique	7.5 %
10. alcoolisme/toxicomanie	2.0 %
11. délirium tremens et pré-délirium tremens	0.9 %
12. psychose (et psychose maniaco-dépressive)	1.1 %
13. désafférentation sociale	0.2 %
14. caractère ou personnalité particuliers	3.1 %
15. délire	1.5 %
16. délire aigu	0.4 %
17. agitation	0.8 %
18. trouble de l'adaptation, décompensation, régression	3.8 %
19. diagnostic psychiatrique autre	1.8 %
20. aucune pathologie psychiatrique	6.6 %
21. diagnostic non psychiatrique	2.3 %
22. pas de diagnostic	7.0 %

Tableau 39**Répartition des diagnostics secondaires pour l'ensemble des périodes étudiées**

1. état dépressif ou dépressivo-anxieux	5.7 %
2. état dépressif ou dépressivo-anxieux réactionnel	1.8 %
3. état anxieux	1.3 %
4. état anxieux réactionnel	0.7 %
5. affaiblissement intellectuel, début de démence détérioration, démence vasculaire, focale, inhomogène, etc.	8.9 %
6. démence sénile, mixte	1.1 %
7. démence alcoolique	0.2 %
8. état confusionnel	2.6 %
9. alcoolisme/toxicomanie	1.5 %
10. désafférentation sociale	1.7 %
11. caractère ou personnalité particuliers	7.5 %
12. délire	0.6 %
13. délire aigu	0.5 %
14. agitation	0.5 %
15. troubles de l'adaptation, décompensation	1.1 %
16. diagnostic psychiatrique autre	6.7 %
17. aucune pathologie psychiatrique	0.2 %
18. diagnostic non psychiatrique	2.2 %
19. pas de 2ème diagnostic	55.2 %

Pour déterminer les grandes tendances au cours du temps, on a ensuite groupé tous les diagnostics principaux en quatre catégories : les états dépressifs et/ou anxieux, les états de pré-démence ou démence, les états confusionnels, les autres diagnostics (voir tableau 40).

Tableau 40**Diagnostics principaux groupés selon les années (1977-78, 83, 87)**

	ensemble	1977-78	1983	1987
dépression	34 %	28 %	35 %	39 %
démence	27 %	42 %	27 %	14 %
état confusionnel	8 %	4 %	16 %	2 %
autres	31 %	26 %	22 %	46 %

La principale observation est que entre 1977 et 1987, le groupe des diagnostics de dépression augmente, celui des démences diminue fortement.

On note aussi une augmentation des diagnostics non psychiatriques, qui passent entre 1977 et 1987 de 4 à 12 %, ce qui fait supposer une augmentation de l'activité d'aide au diagnostic (résolution d'un problème de diagnostic différentiel).

Dans les quatres groupes de services demandeurs (Médecine, CMCE, Chirurgie, Beau-Séjour), la même tendance à la baisse des diagnostics de démence est présente, avec une augmentation constante des diagnostics de dépression qui passent en Médecine de 34 à 45 % entre 1977 et 1987 et en Chirurgie de 24 à 50 % durant la même période.

Parmi les diagnostics secondaires qui signalent le contexte dans lequel le diagnostic principal s'inscrit, l'affaiblissement intellectuel est en première position sur l'ensemble des périodes étudiées (avec une tendance à la baisse), suivi par les états dépressifs et par la description du caractère ou de la personnalité du patient qui est même précisée dans 30 % des cas en 1987. Cependant, pour la moitié des patients (55,2 %), il n'y a pas de deuxième diagnostic posé.

On notera enfin que les données concernant les diagnostics se recoupent largement avec celles concernant les motifs de la demande de consultation, ce qui traduit une activité de confirmation et de précision des diagnostics par le consultant du COPSY.

8.1.7 Prestations fournies lors de la consultation

En dehors de l'entretien avec le patient et d'un status partiel éventuel, le consultant de psycho-gériatrie mentionne parfois expressément dans son rapport d'autres prestations fournies dans le cadre de la consultation.

Il s'agit essentiellement de contacts avec l'entourage du patient (sa famille) ou avec des partenaires dans la prise en charge du patient (médecin traitant, services de soins à domicile). Ces contacts ne sont toutefois pas fréquents ou en tout cas pas fréquemment mentionnés dans les rapports bien que la fonction de psychiatrie de liaison soit fortement revendiquée par le COPSYP (voir tableau 41). Il y a peu de différences selon les diverses années considérées.

Les contacts avec la famille du patient concernent davantage des malades jeunes, des malades avec un problème de démence ou d'état confusionnel.

A noter qu'un examen physique complet du patient lors de la consultation n'a été mentionné qu'une seule fois durant l'ensemble des périodes étudiées.

Tableau 41

Prestations complémentaires à l'entretien fournies par le consultant du COPSYP
(années confondues, plusieurs réponses possibles)

contact avec la famille	18 %
contact avec un médecin extérieur	8 %
contact avec des services de prise en charge extérieure	6 %
contact avec l'équipe soignante	5 %

8.1.8 Propositions faites à l'issue de la consultation

Dans 97 % des cas, la consultation faite par le COPSYP aboutit à une proposition concernant le traitement ou la prise en charge.

Le tableau 42 montre la répartition des fréquences des propositions faites (plusieurs propositions sont possibles pour un même patient).

Tableau 42**Propositions faites à l'issue de la consultation (plusieurs réponses possibles)**

prescription ou modification d'un traitement médicamenteux	48 %
contrôle ultérieur par le COPS Y	34 %
organisation de sortie	31 %
transfert	21 %
prise en charge psychothérapeutique par le COPS Y	7 %
traitement psychiatrique	7 %
investigations supplémentaires	5 %
mise sous tutelle ou curatelle	2 %
autres propositions	10 %

Dans la moitié des cas, il est proposé d'instituer un traitement médicamenteux ou de modifier la médication existante. Pour un tiers des cas, le COPS Y propose d'effectuer un contrôle. Ce contrôle a lieu plus fréquemment chez les patients hospitalisés en Chirurgie ou à Beau-Séjour, chez des patients présentant un problème de dépression ou lorsqu'il y a des difficultés relationnelles entre le patient et l'équipe soignante. Au cours des années, et ceci est fonction de l'augmentation de l'effectif des consultants, le nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle après une première consultation, a passé de 16 % en 1977 à 47 % en 1987. Dans un peu moins d'un tiers des cas, le COPS Y fait des propositions pour l'organisation de la sortie du patient.

Lorsqu'une proposition de transfert est faite (1/5 des cas), il s'agit généralement d'un transfert à Bel-Air (54 %) ou à l'HOGGER/CESCO (21 %); le transfert dans d'autres institutions (16 %) ou les propositions de changement de service à l'intérieur de l'Hôpital Cantonal (9 %) sont plus rares.

Dans les dernières années, le COPS Y a ajouté à sa fonction de consultant celle de thérapeute, puisqu'il fait de plus en plus fréquemment des propositions de prise en charge qu'il effectue lui-même, sur des aspects particuliers de la problématique que présente le patient (soutien, psychothérapie). En 1977-78, aucun patient n'a bénéficié de cette prestation, 7 % en 1983, 13 % en 1987.

A noter que la proposition formelle d'un recours au CEGER, après la sortie, est rarement rencontrée (4 % des cas).

8.1.9 Sortie du patient

Les données sur le lieu de sortie des patients vus en consultation par le COPSYP n'ont pu être recueillies que pour 1983 et 1987 à partir des statistiques de l'Hôpital cantonal.

La majorité de ces patients sortent de l'hôpital sans nécessiter une prise en charge institutionnelle lourde somatique (HOGEP/CESCO) ou psychiatrique (Bel-Air), (voir tableau 43).

Tableau 43

Destination des patients vers un consultant COPSYP à leur sortie d'hôpital : 1983 - 1987

	1983	1987
domicile ou pension	60 %	63 %
convalescence	7 %	13 %
HOGEP / CESCO	6 %	7 %
Bel-Air	10 %	6 %
décès	17 %	11 %

8.2 Le COPSYP vu par les responsables des services demandeurs

Ces résultats émanent du sondage effectué auprès des chefs de clinique responsables des principaux services demandeurs de consultation au COPSYP.

8.2.1 Les situations où l'on fait appel au COPSYP

Les services demandeurs (et les divers médecins à l'intérieur d'un même service) ont des critères différents d'appel au COPSYP. Pourtant, quelques tendances se dégagent :

Dans les services de soins généraux de l'Hôpital cantonal (Médecine et Chirurgie), la situation-type la plus souvent nommée en premier lieu est celle de l'évaluation du patient (bilan psychogériatrique) pour déterminer si son état présent relève plus d'une dépression ou d'une démence, ou quelles en sont les composantes aiguës (troubles de l'adaptation) et chroniques.

L'autre situation-type est l'incertitude devant l'indication et le maniement d'un traitement, anti-dépresseur ou calmant.

On consultera aussi le COPSYP sur l'attitude à avoir dans certaines situations particulières :

- attitude face à un refus de soins, d'intervention chirurgicale ou de coopération pour la rééducation (évaluation du discernement)
- attitude face à un trouble sérieux du comportement
- attitude face à un patient psychiatrique connu qui décompense, etc.

L'organisation pratique du retour à domicile n'est pas perçue par les demandeurs comme une tâche importante du COPSYP, cette fonction étant assumée le plus souvent par le médecin-assistant du service en coopération avec l'assistante sociale du service et l'entourage du malade. De même, les problèmes de relations entre l'équipe et le patient ne sont pas ressentis comme des motifs d'appel au COPSYP. En revanche, l'évaluation de la capacité de retour à domicile (autonomie) dans des situations limites fait partie des attributions reconnues au COPSYP. Enfin, certains médecins reconnaissent que le COPSYP peut pallier à des déficiences de leur part, dues au manque de temps, dans le soutien du malade ou simplement dans la disponibilité à s'entretenir avec lui.

Au CMCE, c'est la situation de crise, d'aiguillage du patient vers un service adéquat, qui justifie le plus souvent l'appel au COPSYP :

- situation psychiatrique aiguë (tentamen par exemple)
- décompensation d'une situation instable et difficile à domicile (le classique "soins impossibles à domicile")

Les états confusionnels, les troubles de la vigilance où il existe un doute sur les composantes psychiques et somatiques sont aussi des situations de demande de consultation où l'apport du psycho-gériatre est d'ailleurs parfois jugé insuffisant, compte tenu de la formation principalement orientée vers la psychiatrie adulte des assistants du COPSYP qui manquent d'expérience pratique dans le domaine de la psycho-gériatrie.

A **Beau-Séjour** où les médecins du COPSYP sont intégrés à l'équipe soignante, participent aux visites et aux colloques et où les patients hospitalisés ont souvent des pathologies complexes, tant somatiques que psycho-sociales, il est plus difficile de parler de situation d'appel type. La coopération est organique, plus spontanée et concerne des registres plus variés.

8.2.2 Ce que les services demandeurs attendent du COPSYP

Ces souhaits exprimés par les chefs de clinique responsables des services demandeurs, en général satisfaits ou partiellement satisfaits sont indiqués dans l'ordre décroissant.

1. Une aide au diagnostic :

Les partenaires somaticiens du COPSY s'estiment aptes à dominer le diagnostic différentiel chez les patients gériatriques. Leur demande n'intervient plus à un stade exploratoire mais bien confirmatoire du diagnostic. Ils ont besoin d'un avis très spécialisé qui serve de base de discussion avant la prise d'une décision collégiale; l'expérience du consultant est par conséquent capitale.

2. Les prises en charge ponctuelles pour des patients présentant des troubles d'adaptation durant leur hospitalisation, des décompensations psychiques graves ou des troubles psychiatriques majeurs.

La prise en charge de problèmes surgissant au sein des équipes ou entre les équipes et le patient ne fait pas actuellement partie des demandes principales des services.

3. Une aide pour l'évaluation psycho-sociale du patient, généralement pour évaluer sa capacité de discernement, d'autonomie, de récupération ou plus spécifiquement ses possibilités de retour à domicile. En ce qui concerne l'organisation pratique de la sortie, la plupart des cliniciens estiment que cela ressort de leur domaine, bien que certains d'entre eux attendent du COPSY une aide plus substantielle.

4. Une aide pour la prescription médicamenteuse (anti-dépresseurs, neuroleptiques, etc).

5. Une aide à l'aiguillage vers un service de prise en charge adéquat pour des patients d'âge gériatrique se présentant à l'hôpital avec une problématique complexe comprenant une pathologie psycho-sociale. Cette demande est très forte au CMCE, qui doit souvent faire face à des situations de crise ou de décompensation qui ne justifient pas toutes une hospitalisation, par exemple. La disponibilité jour et nuit d'un consultant (dont on attend à la fois une grande compétence sur le plan psychiatrique et la capacité de mobiliser rapidement le cas échéant un réseau extérieur à l'Hôpital cantonal) joue un rôle important dans la décision de faire appel au COPSY et, dans ce sens, la baisse de demandes de consultation de la part du CMCE ces dernières années traduit le fait que le COPSY ne répond pas à ce type de demande de façon satisfaisante (manque d'effectifs, gardes de nuit effectuées en partie par les assistants du CEGER).

6. Un enseignement, qui porte sur deux aspects principaux :

- les interactions entre pathologie psychiatrique du patient âgé et pathologie de déchéance, leur incidence sur les difficultés de maintien à domicile et d'adaptation à l'hospitalisation
- la pharmacologie des médicaments psychotropes chez les patients âgés

8.3 Conclusion

La nature de l'offre et de la demande de consultations de psycho-gériatrie a évolué dans les dix dernières années, grâce à l'augmentation des effectifs du COPSYP, mais aussi grâce à l'action propre des consultants qui ont tenté de créer une image du COPSYP qui corresponde aux buts principaux évoqués au début de ce chapitre. **Cette consultation est généralement reconnue comme très utile et adéquate par les partenaires au sein de l'Hôpital cantonal.**

On peut décrire quelques grandes tendances :

- Les consultations fournies pour des patients "jeunes " sont en augmentation
- Les problématiques motivant la demande ont changé : la démence constitue de moins en moins un motif de consultation. En revanche, la dépression et les problèmes d'adaptation chez les vieillards sont peut-être davantage reconnus et pris en compte par les demandeurs de consultation
- Les demandes de consultation se répartissent sur toute la durée du séjour du patient et non plus principalement au début

On peut alors formuler l'hypothèse que le COPSYP est moins souvent appelé pour le débrouillage de situations qui, par leur nature "lourde" d'emblée (démence, antécédent psychiatrique connu) "inquiétaient" les services soignants. Ces services seraient peut-être plus aptes à gérer ces situations actuellement et réserveraient leur demande de consultation à des problèmes plus aigus, plus spécifiques, plus orientés vers la prise en charge et le soutien et vers le devenir du patient après l'hospitalisation.

Ces problèmes relèvent clairement d'une optique de psychiatrie de liaison, offerte et utilisée comme telle. Toutefois, si l'on reprend les trois principaux objectifs de l'intervention du COPSYP, on peut relever quelques lacunes :

Evitement de l'hospitalisation abusive, intervention précoce au niveau du CMCE :

C'est probablement cet aspect de l'intervention du COPSYP qui reste le plus faible. Pour de multiples raisons (effectifs, disponibilité la nuit et le week-end), le COPSYP est mal intégré aux activités du CMCE. Le besoin se fait sentir de consultants psychiatres très spécialisés et expérimentés (avec notamment une expérience somatique ou au moins psycho-gériatrique), disponibles en permanence et disposant d'un réseau extérieur de prise en charge utilisable rapidement pour agir dans des situations de crise.

Prise en charge de patients présentant des problèmes psycho-sociaux durant leur séjour à l'hôpital, action de sensibilisation auprès des équipes soignantes pour éviter la décompensation :

Cette activité du COPSY fonctionne bien, particulièrement à Beau-Séjour où les relations entre consultant du COPSY et équipe soignante sont étroites. En revanche, l'action de prévention de la décompensation du vieillard en milieu hospitalier n'est pas encore perçue comme une opportunité par les services demandeurs qui y semblent peu sensibles.

Continuité des soins par l'organisation des suites du traitement hospitalier :

Cette activité existe et est reconnue par les services utilisateurs. Elle n'est certainement pas envisagée de la même façon par le COPSY et les utilisateurs (qui la conçoivent de manière un peu restrictive) et pourrait être améliorée. Les liens avec le CEGER sont étonnamment peu développés.

Enfin, par l'orientation vers une prise en charge courte, d'appoint, avec une approche holistique, la pratique du COPSY se rapproche davantage d'un service de type psychologie médicale que psychiatrique, d'un service avec une clientèle au devenir plutôt extra-hospitalier qu'institutionnel. Ces caractéristiques devraient être prises en compte dans la réflexion sur l'appartenance académique du COPSY et sur son rattachement à l'une ou l'autre institution (IUG, IUPG).

9. CONCLUSIONS

9.1 CEGER

A l'origine de cette recherche, deux hypothèses ont été formulées : l'hypothèse principale était que le CEGER, du fait de la prise en charge multi-disciplinaire, du fait aussi de la grande disponibilité des équipes et de la capacité d'intervention rapide, a une spécificité d'intervention qui se situerait à la fois au niveau du **type de patient** pris en charge (les malades les plus vieux, les plus défavorisés économiquement, présentant les pathologies les plus compliquées et intriquées) et au niveau de la **nature des situations** motivant la prise en charge (situation d'urgence, situation de crise).

La deuxième hypothèse de travail considérée était la suivante : si le CEGER a une offre de prestations très spécifiques, cette offre est encore mal connue ou mal utilisée par les partenaires. Le CEGER possède probablement une double image : celle d'un service suppléant (l'Etat prend en charge les patients et les situations délaissés par d'autres services publics ou privés) et d'un service très spécialisé dans la prise en charge de patients très âgés à pathologie intriquée (que les autres secteurs de la médecine ne peuvent plus assumer).

Ces deux hypothèses ne sont pas infirmées par les résultats obtenus mais elles doivent être relativisées en tenant compte de deux éléments importants : l'environnement dans lequel s'inscrit l'activité du CEGER (en particulier l'importance de l'activité gériatrique des médecins praticiens) et la très relative spécificité de l'intervention du CEGER.

9.1.1 Les médecins praticiens occupent une place prépondérante dans la prise en charge médicale des patients d'âge gériatrique

La prise en charge médico-sociale des personnes âgées dans le canton de Genève est assurée par de nombreuses institutions (dont l'activité sur le terrain n'est pas toujours coordonnée de façon optimale). En ce qui concerne les consultations médicales fournies aux personnes âgées en dehors des hôpitaux, trois partenaires principaux peuvent être identifiés : les médecins (surtout les généralistes et les internistes) installés en pratique privée, le CEGER et la Policlinique Médicale [23]. Les médecins praticiens fournissent à eux seuls l'immense majorité des consultations gériatriques. Leur nombre (et le nombre de personnes âgées) va probablement encore augmenter durant les prochaines années et l'on peut supposer que leur qualification dans la prise en charge des patients âgés ira se perfectionnant puisqu'une part grandissante d'entre eux auront bénéficié d'un enseignement spécifique en gériatrie durant leur formation post-graduée.

Le profil actuel de clientèle de ces médecins installés montre que:

- ils suivent leur patient jusqu'à un âge avancé
- ils font largement usage des possibilités d'aide au maintien à domicile offertes par les services existants (SASCOM, Hospice Général, etc)
- ils sont capables d'assumer des patients à pathologie complexe et/ou très dépendants. En fait, ce sont eux qui en suivent la majorité sur l'ensemble du canton, même si chaque médecin en voit un nombre limité.
- ils sont répondeurs de la majorité des pensions pour personnes âgées du canton et effectuent des visites à domicile

Les médecins installés ne manifestent pas de tendance à "baisser les bras" devant les situations difficiles que présentent leurs patients âgés et se disent plus enclins à coopérer avec des services spécialisés qu'à leur remettre leurs patients. Toutefois, ils ne semblent connaître qu'imparfaitement les possibilités de coopération qui leur sont offertes, particulièrement par le CEGER.

Les médecins installés disent cependant avoir parfois des difficultés à assumer le suivi de patients ou de situations particulières :

- les patients présentant une pathologie psychiatrique associée (démence plus ou moins grave, dépression, etc)
- les situations d'urgence ou de crise
- les situations nécessitant la mise sur pied (et, le cas échéant, la coordination ou la supervision) d'un réseau d'intervenants pour maintenir à domicile un patient le plus longtemps possible et éviter une hospitalisation ou un placement.

Les caractéristiques de la pratique des médecins installés font d'eux de fait les partenaires principaux du CEGER même si les liens entre eux et cette institution ne sont pas toujours très étroits. Ils continueront à suivre la majorité des patients âgés et on peut aisément imaginer qu'à l'avenir, ils demanderont (même si cette demande est peu exprimée actuellement) au CEGER de les aider dans leur tâche plutôt que de les remplacer.

9.1.2 La spécificité de l'intervention du CEGER est relative

D'après les données recueillies dans cette étude **on ne peut parler de spécificité absolue** dans l'action du CEGER auprès des personnes âgées; sa clientèle n'est pas aussi différente de celle des médecins qu'on pourrait l'imaginer. Toutefois, il est mieux organisé, avec ses

équipes multidisciplinaires, que ses partenaires médicaux pour faire face à certaines situations ou à certains types de patients. Il assume dans sa consultation une proportion plus grande que les médecins installés de cas problématiques à pathologie intriquée (médico-psycho-sociale), joue parfois un rôle de décharge momentanée en cas de crise ou d'ultime recours (avant un placement). En ce sens il remplit sa fonction de service public et, pour cette fonction-là, est reconnu par ses partenaires. Cette fonction correspond à un besoin, tant pour les patients qui n'ont pas (ou plus) de médecin privé que pour les médecins en formation qui ont ainsi l'occasion de se familiariser avec un aspect particulier de leur future pratique.

Plus problématique est l'importance du profil psycho-gériatrique du CEGER : il est marqué dans l'esprit des praticiens (c'est d'abord pour des patients avec problèmes d'ordre psycho-gériatrique qu'ils envisagent un recours au CEGER, ensuite seulement pour des problèmes plus généraux de maintien à domicile). Or, cette étiquette, qui a son origine dans l'histoire du développement du CEGER, pourrait surdéterminer son image et, par conséquent "l'usage" qui en est fait, ce qui restreindrait son champ d'intervention, en dépit de la riche expérience accumulée dans une pratique élargie de la gériatrie.

Pour les médecins installés, le CEGER est parfois encore perçu comme un concurrent dans la prise en charge des personnes âgées, ce qu'il n'est en aucun cas si l'on se réfère aux données concernant le volume de consultations. Il est peu considéré comme un spécialiste gériatre, encore moins comme un enseignant capable d'apporter au praticien un "plus" qui lui permette d'affronter et maîtriser encore mieux des situations qu'en partie il assume déjà ou encore de reconnaître des situations susceptibles de se compliquer, les prévoir, etc. Par exemple, aucun médecin installé n'a mentionné les problèmes de prévention secondaire ou de réhabilitation comme des domaines pour lesquels il ferait appel au conseil du CEGER. Il y a là probablement une question d'offre et de demande : les médecins ne sont peut-être pas encore sensibles aux problèmes très spécifiques de l'âge avancé ou ne connaissent pas toutes les possibilités existantes d'améliorer la qualité de vie des patients âgés; de son côté, le CEGER ne propose peut-être pas une offre spécialisée (si ce n'est psycho-gériatrique). La question du futur du maintien à domicile fait cependant actuellement l'objet de discussions dans le canton de Genève [16]

Les services d'aide à domicile ont en revanche, à l'égard du CEGER, des attentes beaucoup plus spécifiques, notamment en matière d'enseignement.

En conclusion, le CEGER est apprécié et utilisé dans sa fonction de service de recours. Il est beaucoup moins reconnu dans sa fonction de service spécialiste et enseignant. On peut prévoir pourtant une augmentation des besoins s'adressant à ces deux dernières fonctions

de la part de ses partenaires principaux que sont les médecins praticiens. Une offre plus soutenue du CEGER dans cette direction accroîtrait la complémentarité de fonction dans les soins apportés à la population âgée du canton de Genève.

Cette étude ne peut répondre à toutes les questions qui se posent sur le présent et l'avenir du CEGER. Il serait intéressant de connaître mieux le flux de patients entre le CEGER et ses partenaires dans la prise en charge des personnes âgées. De même, il serait souhaitable de connaître le volume et la nature des consultations fournies aux personnes âgées par d'autres intervenants médicaux comme les psychiatres et la Policlinique Médicale, par exemple.

9.2 COPS Y

Les principales conclusions de ce secteur d'activité du Centre de gériatrie sont présentées dans le chapitre 8.

Le COPS Y est bien intégré au sein de l'Hôpital cantonal. Depuis 1977, son activité s'est beaucoup développée et répond aux critères d'une psycho-gériatrie dite de liaison. Cette activité est très indépendante de celle du CEGER en dépit des liens institutionnels existants.

Actuellement, le point faible de l'action du COPS Y se situe au niveau de son intervention au CMCE, pour laquelle il ne semble pas disposer de moyens suffisants ou adaptés pour assumer une meilleure intégration aux activités de ce service.

Annexe no 1

1.1 Taux de participation des médecins au relevé de consultations

	nombre total de médecins N	échantillon N	pourcent %	(N)
médecins installés				
diplôme avant 1968 :				
ville	125	31	38.7 %	(12)
périphérie	37	9	100 %	(9)
diplôme après 1969 :				
ville	144	36	58.3 %	(21)
périphérie	71	18	72.2 %	(13)
<hr/>				
médecins CEGER	6	--	100 %	(6)

Annexe no 2

Etude sur les consultations fournies aux personnes âgées

Numéro d'identification

N^o 02548

1. Date de la consultation

4. No postal domicile

7. Forme de consultation

- ☐ consultation au cabinet
☐ visite à domicile
☐ visite en pension, D2
☐ consultation par téléphone

2. Sexe du patient

- ☐ masculin ☐ féminin

5. Etat civil

- ☐ marié(e)
☐ célibataire
☐ divorcé(e) / séparé(e)
☐ veuf (veuve)

8. Le patient touche-t-il la prestation complémentaire cantonale aux personnes âgées?

- ☐ oui ☐ non

3. Année de naissance

6. Avez-vous déjà vu le patient?

- ☐ oui ☐ non

9. S'agit-il d'une consultation en urgence

- ☐ oui ☐ non

10. Le patient a-t-il été hospitalisé depuis début 1987?

- ☐ oui ☐ non
 Si oui, où?
☐ Hôpital de Gériatrie
☐ Hôpital Cantonal/Beau-Séjour
☐ Bel-Air
☐ autres

11. Le patient vit-il seul?

- ☐ oui ☐ non

12. Le patient peut-il?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| s'habiller, faire sa toilette | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| préparer les repas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| entretenir son ménage | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| faire des achats | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| prendre un bus, un train | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

13. Le patient a-t-il recours à des services spécialisés?

- ☐ oui ☐ non Si oui, le(s)quel(s)?
☐ infirmières à domicile (SASCOM), aides extra-hosp.
☐ aides ménagères, aides familiales
☐ Hospice Général (repas chauds)
☐ foyers de jour
☐ hôpital de jour
☐ Centre de Gériatrie
☐ autres

14. Prestations fournies

- ☐ anamnèse/complément d'anamnèse
☐ status complet
☐ status partiel
☐ ordonnance/prescription médicaments
☐ examen (sang, urine)
☐ examen radiologique
☐ entretien/conseils médicaux
☐ psychothérapie/écoute thérapeutique

15. Quels sont les principaux diagnostics?

1. _____
 2. _____
 3. _____

16. Mesures prises à la fin de la consultation

- ☐ pas de contrôle
☐ contrôle
☐ transfert à un autre médecin
☐ recours à instance non médicale:

- ☐ hospitalisation
☐ autres mesures

17. Durée de la présente consultation

_____ minutes

Etude sur les consultations fournies aux personnes âgées
(assistants sociaux)

1. date de la consultation

2. sexe du patient

☐ masculin ☐ féminin

3. année de naissance

4. no postal domicile

5. état civil

☐ marié(e)
☐ célibataire
☐ divorcé(e)/séparé(e)
☐ veuf(veuve)

6. avez-vous déjà vu
le patient ?

☐ oui ☐ non

7. forme de consultation

☐ au CEGER
☐ visite à domicile
☐ visite en pension,D2
☐ consult. par téléphone
☐ autres _____

8. le patient touche-t-il
la prestation complémen-
taire cantonale aux personnes
âgées ?

☐ oui ☐ non

9. le patient a-t-il été
hospitalisé depuis
début 1987 ?

☐ oui ☐ non

si oui, où ?

☐ Hôpital de Gériatrie
☐ Hôpital cantonal/Beau-Séjour
☐ Bel-Air
☐ autres

10. le patient vit-il seul ?

☐ oui ☐ non

11. le patient peut-il :

- s'habiller, faire sa toilette	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
- préparer les repas	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
- entretenir son ménage	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
- faire des achats	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
- prendre un bus, un train	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

12. le patient a-t-il recours à des services spécialisés ?

☐ oui ☐ non Si oui, lesquels?
☐ infirmières à domicile (SASCOM), aides extra-hosp.
☐ aides ménagères, aides familiales
☐ Hospice général (repas chauds)
☐ foyers de jour
☐ hôpital de jour
☐ Centre de Gériatrie M I Ps P E
☐ autres

13. motif(s) de la prise en charge

1. _____
 2. _____
 3. _____

14. prestations fournies

☐ évaluation de la situation
 (sociale,financière)
☐ soutien
☐ coordination (voisins,famille,
 services,etc.)
☐ _____
☐ _____

15. mesures prises à la fin
de la consultation

☐ intervention sociale poursuivie
☐ fin de l'intervention sociale
☐ _____
☐ _____

16. durée de la présente consultation

_____ minutes

Etude sur les consultations fournies aux personnes âgées
(ergothérapeutes)

1. date de la consultation

2. sexe du patient

☐ masculin ☐ féminin

3. année de naissance

4. no postal domicile

5. état civil

☐ marié(e)
☐ célibataire
☐ divorcé(e)/séparé(e)
☐ veuf(veuve)

6. avez-vous déjà vu
le patient ?

☐ oui ☐ non

7. forme de consultation

☐ atelier
☐ visite à domicile
☐ piscine

8. le patient touche-t-il
la prestation complémen-
taire cantonale aux personnes
âgées ?

☐ oui ☐ non

9. depuis quand
suivez-vous ce patient ?

_____ mois

10. le patient a-t-il été
hospitalisé depuis
début 1987 ?

☐ oui ☐ non

si oui, où ?

☐ Hôpital de Gériatrie
☐ Hôpital cantonal/Beau-Séjour
☐ Bel-Air
☐ autres

11. le patient vit-il seul ?

☐ oui ☐ non

12. le patient peut-il :

- s'habiller, faire sa toilette ☐ oui ☐ non
- préparer les repas ☐ oui ☐ non
- entretenir son ménage ☐ oui ☐ non
- faire des achats ☐ oui ☐ non
- prendre un bus, un train ☐ oui ☐ non

13. le patient a-t-il recours à des services spécialisés ?

☐ oui ☐ non Si oui, lesquels?
☐ infirmières à domicile (SASCOM), aides extra-hosp.
☐ aides ménagères, aides familiales
☐ Hospice général (repas chauds)
☐ foyers de jour
☐ hôpital de jour
☐ Centre de Gériatrie M A P I
☐ autres

14. prestations fournies

☐ _____
☐ _____
☐ _____

15. motifs de prise en charge

1. _____
2. _____
3. _____

16. mesures prises à la fin
de la consultation

☐ suite de prise en charge
☐ fin de prise en charge
☐ _____

17. durée de la présente consultation

_____ minutes

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Bugnon 17, 1005
 Lausanne
 ENQUETE SUR LES PATIENTS AGES EN PRATIQUE AMBULATOIRE
 DANS LE CANTON DE GENEVE septembre-octobre 1988

MODALITES ET RECOMMANDATIONS POUR LE RECUEIL DES DONNEES

Période d'étude

2 semaines consécutives en commençant de préférence un lundi matin à partir de la date choisie par vous (entre le 5.9.88 et le 16.10.88). Les week-ends et les gardes sont inclus.

Quelles consultations prendre en considération ?

Veillez remplir une fiche complète pour chaque patient en-dessus de l'âge AVS, c'est-à-dire pour les femmes de plus de 62 ans (nées avant et y compris 1926) et pour les hommes de plus de 65 ans (nés avant et y compris 1923), en comptant toutes les consultations :

au cabinet, au domicile du patient, en établissement médico-social, par téléphone (équivalant à votre avis à une consultation), à l'hôpital ou en clinique (seulement les patients ambulatoires à titre privé),

y compris les gardes et les urgences de la nuit ou du dimanche,

à l'exception des cas de consilium où vous ne voyez pas personnellement le patient.

Il peut arriver que vous voyiez plusieurs fois le même patient au cours des deux semaines : veuillez à chaque fois remplir une nouvelle fiche.

Une activité à temps partiel pendant la période concernée (ou quelques jours d'arrêt de travail, pour quelque raison que ce soit) ne met en cause ni l'intérêt ni la validité des résultats de la recherche.

1. Fiche de relevé de consultation

La fiche est constituée d'une suite de 17 questions. Veuillez s.v.p. n'omettre aucune rubrique. Nous nous permettons d'attirer votre attention sur quelques détails :

La fiche est marquée d'un trait noir séparant les rubriques pouvant être remplies par la secrétaire du cabinet (questions 1 à 9) et celles qui doivent être remplies le médecin pendant la consultation (questions 10 à 17).

Question 8. Prestation complémentaire cantonale.

Ce complément cantonal à l'AVS est pour nous un indicateur du statut économique du patient.

Question 12. Degré de dépendance du patient âgé

Nous vous demandons d'évaluer si le patient est capable (ou le serait en cas de nécessité) d'effectuer seul les actes suivants de la vie quotidienne.

Question 13. Recours à des services spécialisés

SASCOM : infirmières à domicile de la Croix-Rouge (anciennement SSID)

AMAF : Aides ménagères au foyer

AF: Aides familiales

Hôpital de jour : situé dans l'Hôpital de Gériatrie

CEGER : centre de gériatrie situé à la rue du Nant (division ambulatoire des Institutions Universitaires de Gériatrie)

Question 14. Prestations lors de cette consultation ou en rapport avec elle

Il faut distinguer les "entretien/conseils médicaux" de la "psychothérapie/écoute thérapeutique"; par entretien/conseils, entendez par exemple des notions d'hygiène, de diététique, de repos, d'exercice, de comportements et mode de vie, etc.

Question 16. Mesures prises à la fin de la consultation

Par transfert à un autre médecin, entendez que le patient est définitivement remis à un autre médecin. Si vous faites appel à un consultant, indiquez-le dans la rubrique "autres mesures".

2. Nombre total de consultations durant la période d'enquête

La feuille "nombre total de consultations" sert à indiquer le nombre total de patients (tous âges confondus) vus chaque jour et sera remplie chaque soir (de préférence) ou à la fin de la période d'étude, par vous ou votre secrétaire. Cette indication est essentielle pour déterminer le volume total de consultations et la proportion parmi elles des consultations gériatriques. Pour vous, c'est une occasion de contrôler qu'un patient gériatrique n'ait pas été oublié.

3. Questionnaire pour les médecins participant au relevé des consultations

Ce questionnaire fournit d'une part quelques indications supplémentaires sur les caractéristiques personnelles des médecins participant à la recherche. D'autre part, il permet de recueillir leurs opinions sur les structures de prise en charge des personnes âgées dans le canton. Il sera rempli en fin de période d'étude.

Nous soulignons que les travaux statistiques seront effectués en retranchant les noms des médecins participant à l'enquête, ce qui garantira leur anonymat. En outre, nous vous assurons que les informations personnelles que vous donnerez ci-après ne seront communiquées à personne en-dehors de la présente recherche.

Retour du matériel d'enquête

A la fin de la période choisie, deuxième week-end inclus, veuillez retourner les fiches de relevé de consultation (y compris les fiches non utilisées), la feuille "nombre total de consultations" et le questionnaire adressé au médecin, au moyen de l'enveloppe-réponse affranchie ci-jointe à :

Etude sur le Centre de Gériatrie, Dr. F. Dubois-Arber
Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Rue du Bugnon 17,
1005 LAUSANNE

Renseignements complémentaires

Si vous avez un doute, un problème d'ordre pratique ou si vous désirez un renseignement, adressez-vous au Dr Françoise DUBOIS-ARBER ou à Claudine JEANGROS (Tél. 021/49.20.37 ou 49.20.13 ou 49.20.22) à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Avec nos vifs remerciements.

F.D-A., C.J. août 88

Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bugnon 17, 1005 LAUSANNE

ENQUETE SUR LES PATIENTS AGES EN PRATIQUE AMBULATOIRE DANS
LE CANTON DE GENEVE

septembre-octobre 1988

QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS PARTICIPANT AUX
RELEVES DE CONSULTATIONS

1. Quelle est votre année de naissance ? _____
 Quel est votre sexe ? ☐ - homme ☐ - femme
2. En quelle année vous êtes-vous installé (pour la première fois) ? _____
3. Avez-vous un taux d'activité professionnelle réduit ?
☐ - oui, à _____ % ☐ - non
 Votre activité en cabinet représente-t-elle la totalité de votre temps de travail ?
☐ - oui ☐ - non, _____ %
4. Avez-vous suivi une formation particulière en gériatrie?
☐ - oui ☐ - non
 Si oui, laquelle ? _____
5. Pour vos patients âgés, vous arrive-t-il de recourir à la coopération de services de prise en charge annexes ?
☐ - oui ☐ - non
 Si oui, le(s)quel(s)? _____

6. Exercez-vous une partie de votre activité dans une institution pour personnes âgées ?
☐ - oui, en tant que _____ ☐ - non
7. Connaissez-vous les activités du Centre de Gériatrie (CEGER) situé à la rue du Nant ?
☐ - oui ☐ - non

8. Avez-vous déjà collaboré avec le Centre de Gériatrie ?

O - oui O - non

Si oui, quelle a été votre expérience dans cette collaboration?

9. Le considérez-vous comme un partenaire (potentiel) pour la prise en charge de vos patients âgés ?

O - oui O - non

10. En tant que médecin praticien, qu'attendez-vous d'un service ambulatoire de gériatrie tel que le Centre de Gériatrie?

11. Il arrive que des cas gériatriques deviennent trop lourds à assumer pour le médecin-traitant seul. Quelles sont les situations ou les problèmes spécifiques au patient âgé pour lesquels vous faites (feriez) appel à une collaboration extérieure pour assurer un maintien à domicile ?

Dans ces situations, à qui faites-vous (feriez-vous) appel ?

12. Y a-t-il des situations qui vous obligeraient à renoncer à la prise en charge d'un patient âgé à domicile et à le remettre (même temporairement) à un service ambulatoire de gériatrie tel que le Centre de Gériatrie ?

O - oui O - non

Si oui, quelles situations ?

Nous vous remercions vivement de votre collaboration.

Signature et timbre :

Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
Bugnon 17, 1005 Lausanne
ENQUETE SUR LES PATIENTS AGES EN PRATIQUE AMBULATOIRE
DANS LE CANTON DE GENEVE septembre-octobre 1988

NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS

Veillez indiquer pour chaque jour de la période d'étude le nombre total de consultations
données (personnes âgées incluses).

Le jour commence à l'ouverture du cabinet et comprend toute la nuit s'il s'agit d'un jour
de garde.

Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5
.....
Jour 6	Jour 7	Jour 8	Jour 9	Jour 10
.....
Jour 11	Jour 12	Jour 13	Jour 14	
.....	

signature et timbre

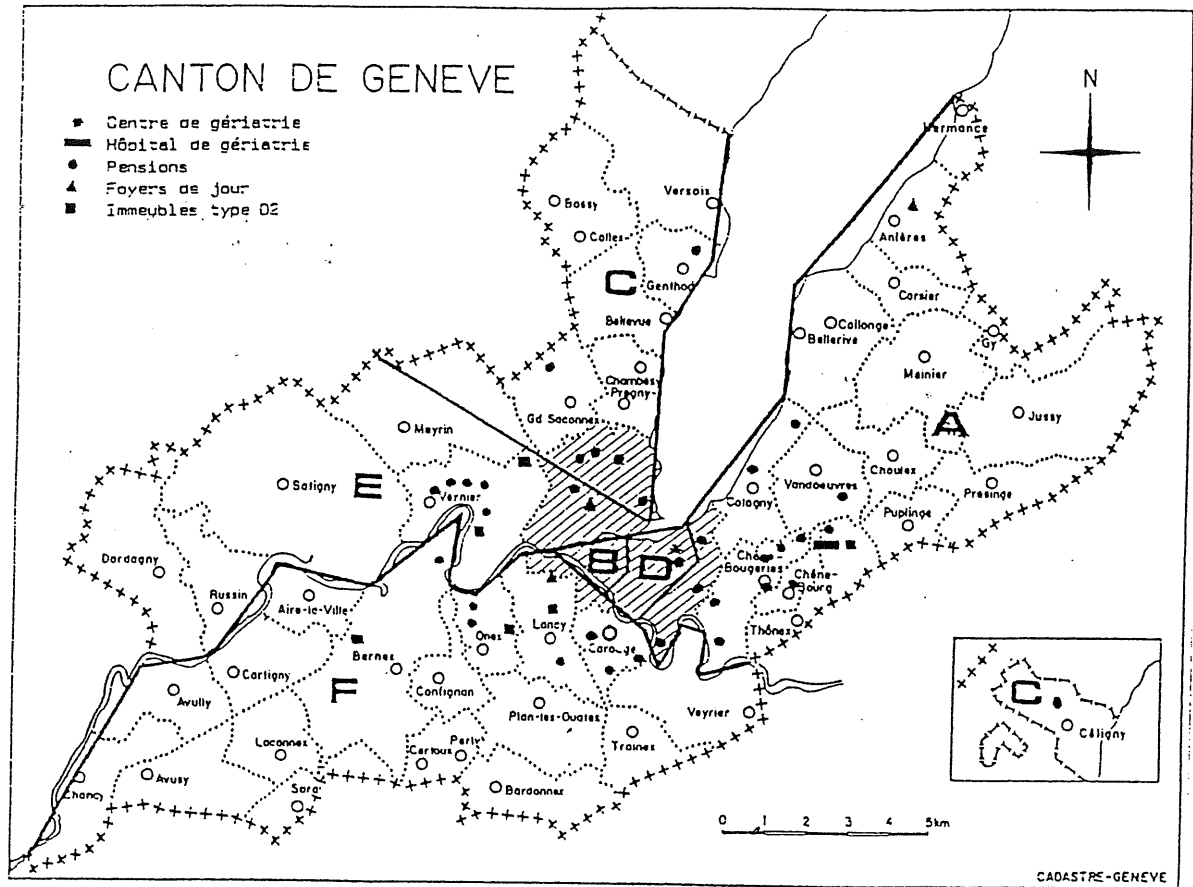
EMPLOI DU TEMPS HEBDOMADAIRE TYPE

Pendant l'une des deux semaines durant lesquelles vous remplirez les fiches de consultations, veuillez évaluer le nombre d'heures que vous consacrez aux différentes activités suivantes :

temps passé avec les patients
temps passé avec l'entourage (sans le patient)
réunions CEGER
autres réunions (avec services extérieurs, colloques de sortie, commissions, etc)
démarches administratives
tenue de dossiers
déplacements
activités didactiques, formation
autres:
.....

Par entourage, il faut comprendre la famille, les voisins, les amis, le médecin-traitant, etc.

Annexe no 3



Annexe no 4

4.1 Echelle de dépendance

La dépendance des patients suivis est évaluée par les items suivants : s’habiller et faire sa toilette, préparer les repas, faire le ménage, faire les achats, prendre le bus. Dans les modalités de recueil des données, il a été précisé que la personne doit être capable d’effectuer ces différents actes ou en serait capable en cas de nécessité (ceci afin de tenir compte des patients vivant avec un entourage qui accomplit certaines de ces tâches).

Les personnes entièrement indépendantes sont celles pouvant accomplir seules ces différentes tâches. Celles ne pouvant ni s’habiller ou faire leur toilette, ni préparer un repas sont considérées comme très dépendantes. Toutes les situations intermédiaires sont jugées comme une dépendance moyenne :

	indépendant	très dépendant	moyennement dépendant
s’habiller et			
faire sa toilette	oui	non	non/oui
préparer les repas	oui	non	non/oui
faire le ménage	oui	oui/non	non/oui
faire les achats	oui	oui/non	non/oui
prendre le bus	oui	oui/non	non/oui

Annexe no 5**DIAGNOSTICS: CATEGORIES**

1. AFFECTION PSYCHIATRIQUE
2. AFFECTION CARDIO-VASCULAIRE
3. CANCER
4. AFF. RHUMATOLOGIQUE ET APPAREIL LOCOMOTEUR
5. AFF. ORL
6. AFF DIGESTIVE
7. AFF. RESPIRATOIRE
8. AFF.NEUROLOGIQUE
9. AFF. OPHTALMOLOGIQUE
10. AFF. GENITO-URINAIRE
11. AFF. DERMATOLOGIQUE
12. AFF. ENDOCRINOLOGIQUE
13. PROBLEME METABOLIQUE (ex:obésité)
14. PROBLEME SOCIAL (ex: solitude, alcoolisme, toxicomanies, misère, malnutrition)
15. PROBLEME ATYPIQUE DEFICITAIRE (ex: affaiblissement intellectuel, asthénie, baisse de l'état général, cachexie, sénilité)
16. MALADIE INFECTIEUSE GENERALE (ex: grippe)
17. AFFECTION HEMATOLOGIQUE
18. AUTRES
19. N'EST PAS UN DIAGNOSTIC (ex: vaccination)

Bibliographie

(par ordre alphabétique)

1. Aide Ménagère au Foyer (AMAF). Rapport d'activité 1987. Genève, 1988, 36 p.
2. Béboux JM. Secteur privé, secteur public, une collaboration indispensable . Méd Hyg 1987; 45 : 3285-3286
3. Casays R. Le Centre de gériatrie face à une éventuelle perspective de décentralisation. Thèse de médecine présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, no 3517. Genève : Médecine et Hygiène, 1976, 61 p.
4. Centre de gériatrie. Bilan et extension de l'extra-hospitalier des IUG. Genève, 1984 (Document non publié)
5. Commission cantonale genevoise chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse. Rapport 1965. Genève, 1965, 61 p.
6. Commission cantonale genevoise chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse. Rapport 1980. Genève, 1980, 105 p.
7. Croix-Rouge Suisse. Section genevoise. Rapport 1987. Genève, 1988, 57 p.
8. Ferlan MJ, Goetelen C. Rapport d'activités des infirmières du Centre de Gériatrie et réflexions. Genève, 1988 (Document non publié)
9. Griffiths A, Jeanneret O. Modalités d'utilisation des services médicaux et médico-sociaux par les personnes âgées. Vers un système d'information destiné à la planification et à la gestion. Genève, 1984 (Document non publié)
10. Imfeld C. Analyse sociale d'un échantillon de la population ambulatoire du Centre de Gériatrie. 1979 (Mémoire présenté à l'Université des sciences sociales Grenoble II)
11. Institutions de gériatrie. Genève 1976-1981. Deuxième plaquette éditée à l'occasion des 10 ans d'activité de l'Hôpital de gériatrie. Genève, 1981, 88 p.
12. Junod JP. Les activités d'un centre pour personnes âgées. Rev Méd Suisse Romande 1968; 88 : 359-367
13. Lalive d'Epina y C et al. Vieillesse. Saint-Saphorin : Georgi, 1983
14. Loew F, Simeone I, Rapin CH, Zutter R, Feder M, Mahler E, Fabre J. Un ensemble intégré de gériatrie. Schweiz Rundsch Med Prax 1986; 75,33 : 957-963

15. Mahler E. La consultation de psycho-gériatrie. Genève, 1986 (Document non publié)
16. Michel JP. Conclusions et perspectives. In : Le maintien à domicile : quel avenir ?
Publié sous la direction de Simeone I. Genève : Médecine et Hygiène, 1988
17. Office fédéral de la statistique. Annuaire statistique de la Suisse 1987/1988. Bâle :
Birkhaeuser, 1987 : 80
18. Service d'Aide Familiale (SAF). Rapport annuel 1987. Genève, Association de l'aide
familiale de Genève et des communes genevoises, 1988, 34 p.
19. Simeone I, Engelberts P. Les foyers de jour à Genève : unités thérapeutiques en milieu
ouvert. Méd Hyg 1983; 41 : 4080-4082
20. Simeone I, Mahler E. Le Centre de gériatrie et la Consultation de psycho-gériatrie.
Rev Méd Suisse Romande 1983; 103 : 67-74
21. Simeone I, Paychère JM, Monney JF. L'organisation d'un centre extra-hospitalier pour
personnes âgées : le Centre de gériatrie de Genève. Méd Hyg 1978; 36 : 3689-3693
22. Simeone I. L'expérience genevoise dans le maintien à domicile des personnes âgées.
Psychol Méd 1983 ; 15 : 1305-1310
23. Stalder H. Le rôle de la policlinique de médecine dans le maintien à domicile. In : Le
maintien à domicile : quel avenir ? Publié sous la direction de Simeone I. Genève :
Médecine et Hygiène, 1988
24. Vuilleumier J, Baettig D, Savvopoulos S. Urgences médico-sociales. Inventaire du
contenu de 464 appels en 1986. (Document non publié)